

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N° 194

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Antoine-Georges THÉOHARIDE

Né à Giurgiu (Roumanie), le 16 janvier 1879

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'INVERSION UTÉRINE

RÉCENTE ET ANCIENNE. D'ORIGINE PUERPÉRALE

Président : M. PINARD, professeur

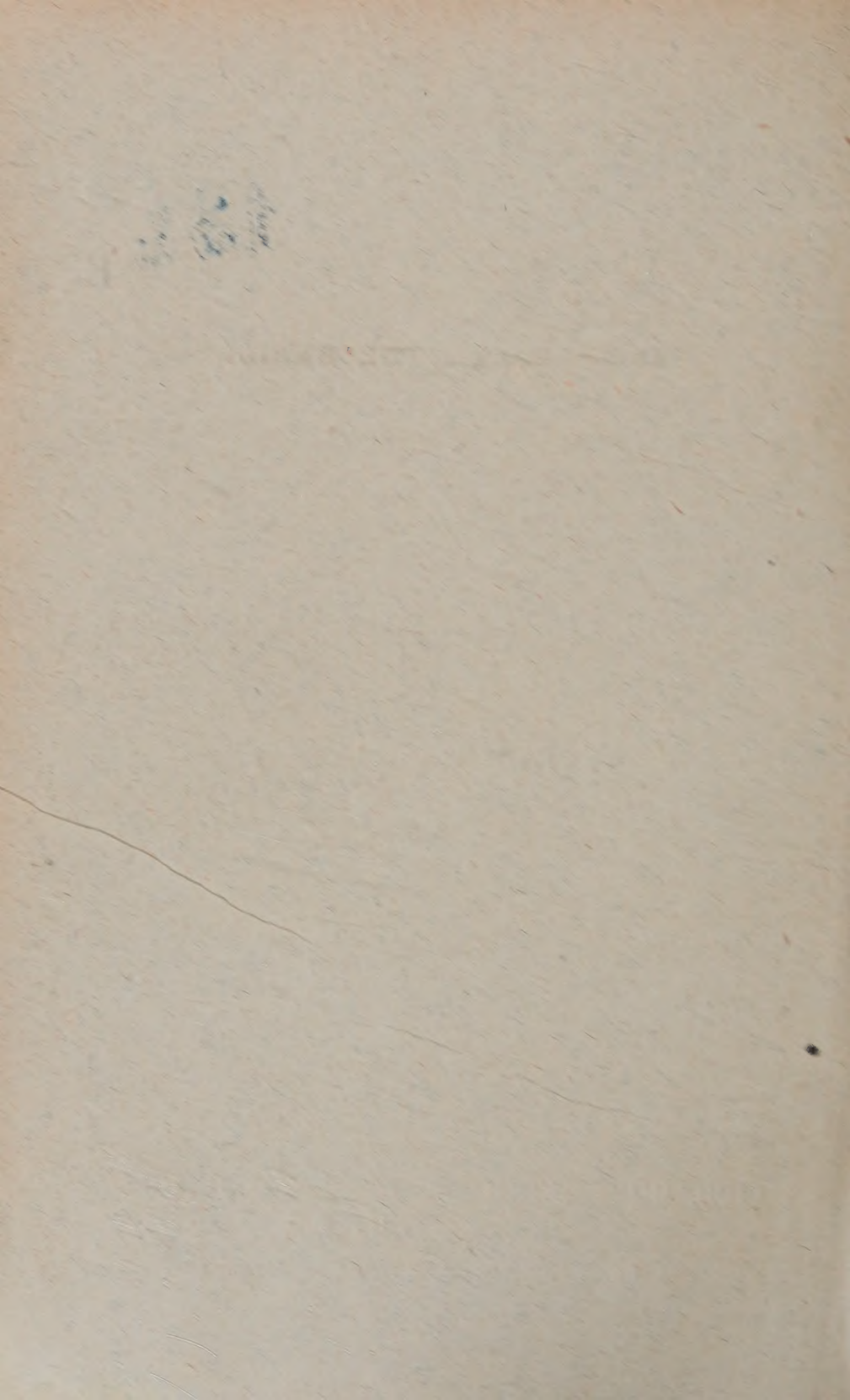
PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

AMÉDÉE LEGRAND

36, RUE SERPENTE, 36 (près rue Danton)

1913



194

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Antoine-Georges THEOHARIDE

Né à Giurgiu (Roumanie), le 16 janvier 1879

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'INVERSION UTÉRINE

RÉCENTE ET ANCIENNE, D'ORIGINE PUERPÉRALE



Président : M. PINARD, professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
AMÉDÉE LEGRAND

36, RUE SERPENTE, 36 (près rue Danton)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
	TEISSIER
Pathologie chirurgicale.	LEJARS
Anatomie pathologique.	PIERRE MARIE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	MARFAN
Hygiène.	CHANTEMESSE
Médecine légale.	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	N.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

*En hommage de notre pro-
fonde et respectueuse reconnais-
sance, pour l'honneur qu'il nous
fait en acceptant la présidence
de cette thèse.*

A. MONSIEUR LE DOCTEUR A. COUVELAIRE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur des Hôpitaux

*Qui a bien voulu nous fournir
les éléments de ce travail, en
hommage de grande reconnais-
sance et de très respectueuse
affection.*

A MES PARENTS

*Témoignage de mon affection
et de ma profonde reconnais-
sance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE BUCAREST

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE
L'INVERSION UTÉRINE
RÉCENTE ET ANCIENNE, D'ORIGINE PUERPÉRALE

INTRODUCTION

En moins d'une année, 1900-1901, deux femmes furent amenées à la « Clinique Baudelocque » présentant la même et rare affection, une *inversion utérine récente d'origine puerpérale*.

Le traitement que M. le professeur Pinard crut devoir mettre en œuvre fut bien différent dans les deux cas. Dans le premier cas, on se trouvait en présence d'un utérus complètement inversé et faisant hernie hors de la vulve. L'examen démontrait que l'étranglement avait déterminé un trouble manifeste dans la circulation de l'organe, dont la muqueuse souillée, infectée, était loin de présenter l'aspect habituel uniforme. M. Pinard, considérant que la vie de cette femme ne pouvait être conservée qu'au prix d'une mutilation, fait pratiquer l'ablation de cet

utérus infecté et ayant subi déjà un commencement de sphacèle.

Dans le deuxième cas, bien que, l'accident datât de neuf jours, l'examen de l'utérus, qui n'était jamais sorti du vagin, donne une tout autre impression. La muqueuse utérine avait partout la même coloration, les parois présentaient la même consistance ; bref, l'étranglement ne paraissait pas avoir entravé la circulation. Ne redoutant pas l'infection et les chances de sphacèle étant écartées, notre maître met en œuvre les procédés de réduction dits de douceur, et il a recours à l'emploi des ballons de Champetier de Ribes.

Le résultat obtenu a été aussi rapide et aussi parfait que possible.

Deux indications très précises se dégagent de ces faits : la nécessité d'amputer l'utérus inversé en cas d'infection, et la possibilité de réduire certaines inversions récentes par l'application des ballons de Champetier de Ribes dans le vagin.

Un troisième cas nous a fourni l'occasion d'étudier les cas d'inversion justiciables d'une réduction sanglante.

A la séance de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie du 30 avril 1911, M. le professeur agrégé Couvelaire communiqua l'observation d'une inversion utérine datant de soixante-dix-huit jours, opérée à la Clinique Baudelocque. Les tentatives de réduction par l'application des ballons de Champetier de Ribes dans le vagin ayant échoué, on eût

recours à la laparotomie, et après essais infructueux de réduction par manœuvres mixtes, l'intervention fut terminée par une hystérectomie abdominale, suivie d'ailleurs d'une guérison très simplement obtenue.

Ces trois observations constituent le thème de notre travail.

Mais, avant de l'entreprendre, qu'il nous soit permis d'adresser à M. le professeur Pinard, notre vénéré maître, toute notre profonde reconnaissance pour les nombreuses marques de sollicitude et de bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner. Qu'il veuille bien agréer nos affectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en nous acceptant comme externe et en nous nommant ensuite répétiteur à la Clinique Baudelocque.

Notre maître, M. Couvelaire, nous a conseillé d'étudier les moyens thérapeutiques applicables aux cas d'inversion récente et ancienne et de fixer d'après la critique des observations recueillies dans la littérature médicale, les indications propres à chaque cas. Nous le remercions bien vivement d'avoir guidé nos recherches et de nous avoir prodigué ses conseils si précieux. Qu'il nous permette de lui présenter l'hommage de notre affectueuse reconnaissance.

Nous avons eu l'honneur d'être l'externe de M. le Dr L. Beurnier, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. Grâce à sa grande bienveillance et à la confiance qu'il avait mise en nous, nous avons pu pendant

quatre ans, prendre une part très active dans son service et nous initier aux principes de la chirurgie, nous ne saurions trop remercier notre maître des enseignements et des paternels conseils qu'il nous a donnés.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION ET CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

On désigne sous le nom d'*inversion utérine*, cet état de déplacement de l'utérus dans lequel le fond de l'organe se déprime et s'enfonce dans sa propre cavité, en repliant graduellement ses parois, comme le bout d'un doigt de gant, ou le fond d'un sac qu'on retourne. Cet accident doit être distingué de l'*éversion de l'utérus*, où le renversement commence par une des parois de l'organe. Un cas pareil a été publié en 1908, par M. le Professeur Delbet dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*.

L'inversion reconnaît deux origines : l'accouchement et les tumeurs du fond de l'utérus se développant dans sa cavité ; on divise donc les inversions utérines en deux grandes catégories : les *inversions puerpérales* et les *inversions polypeuses*.

Nous ne nous occuperons dans ce travail que du traitement des inversions utérines puerpérales.

L'inversion utérine puerpérale est un accident rare. D'après les statistiques les plus récentes, rapportées

par Loiacono (1) et par Lieven (2), nous voyons qu'il survient en moyenne une fois sur 188.000 accouchements.

D'après Loiacono,

Braun, de Vienne, sur 250.000 accouchements, n'a jamais constaté d'inversion utérine;

Krassowski, de Saint-Petersbourg, signale un cas, sur 200.000 accouchements;

Madden, de Dublin, un cas sur 190.000 accouchements;

Browne, un cas sur 200.000 accouchements, et Ahlfeld, un cas sur 100.000 accouchements.

Von Winckel, sur 20.000 accouchements, constate plusieurs dépressions du fond de l'utérus, mais jamais d'inversion nette.

Dans le service du professeur Pinard, à la Clinique Baudelocque, sur 60 466 accouchements qui ont eu lieu depuis la fondation de la clinique en 1889 jusqu'au 31 décembre 1912, nous n'avons trouvé aucun cas d'inversion utérine produite chez les femmes accouchées dans le service.

Mais ces statistiques portent sur les accouchements faits dans les Maternités, et si cet accident est rarement observé dans les services hospitaliers, il l'est beaucoup plus fréquemment dans les campagnes. Il est certain que la manière de pratiquer la délivrance

1. Loiacono. *Zur Inversio uteri puerperalis bei nephritis chronica* (*Archiv für Gynäkologie*, vol. 93, 1911, p. 343).

2. F. Lieven. *Zur Inversio uteri puerperalis* (*Der Frauenarzt*. Leipzig, XXVI^e année, 1911, p. 530).

a une grande influence sur la genèse de cet accident redoutable. Le repos au lit de nos accouchées le prévient, alors que le travail, repris souvent après l'accouchement chez les femmes de la campagne, le favorise.

Un autre fait très intéressant que nous devons signaler, parce qu'il constitue une des indications importantes du traitement de l'inversion utérine, est la fréquence de cet accident chez les primipares jeunes. Beckmann, sur 89 cas d'inversion utérine, constate que quarante-six fois il s'agissait de primipares. Vogel trouve 30 primipares sur 61 inversions utérines, et la plupart n'avaient pas dépassé trente ans. Des 108 femmes, dont nous rapportons ici les observations, 35 sont multipares; pour 19 la parité n'est pas indiquée, les 54 autres sont des primipares âgées de seize à trente-quatre ans. Une seule parmi ces dernières est âgée de quarante-deux ans, mais son inversion date de dix-sept ans.

CHAPITRE II

HISTORIQUE DU TRAITEMENT DE L'INVERSION UTÉRINE

Dans son *Traité de l'inversion utérine* Denucé étudie l'histoire de cette affection rare et pourtant connue de tout temps, dont nous ne ferons que très sommairement l'historique du traitement.

Hippocrate avait posé les règles de la réduction de l'inversion de l'utérus et jusqu'au xviii^e siècle celles-ci n'ont subi que des modifications de détail.

Dès l'antiquité également Themison, au dire de Soranus, avait établi la possibilité de l'ablation de la matrice.

Au xv^e siècle, plusieurs chirurgiens ont pratiqué l'amputation de l'utérus en se conformant au précepte de Soranus et de Paul d'Egine. Plus tard, au commencement du xvi^e siècle, Bérenger de Carpi cite trois opérations de ce genre.

L'examen critique des observations rapportées par les chirurgiens du xv^e, xvi^e et la première moitié du xvii^e siècles, permet de penser qu'il ne s'agissait

pas d'extirpations d'utérus inversés, mais simplement d'ablation de polypes.

De toutes ces observations, on peut, cependant n'en retenir qu'une seule, celle d'Ambroise Paré, qui avait trait à une véritable ablation partielle de l'utérus pour polype compliqué d'inversion. Encore, devons-nous, à la vérité, d'ajouter que cette extirpation fut pratiquée *d'une façon à peu près inconsciente*.

Voilà où en étaient les choses, lorsque cette confusion clinique fut démêlée par Ambroise Paré et par Guillemeau d'abord, puis par Mauriceau et par Levret.

Dès lors, le renversement de la matrice ne pouvait plus être confondu avec les abaissements et avec les polypes utérins, le traitement fut ramené à des règles d'une exactitude scientifique rigoureuse, tant dans la réduction que dans l'ablation de la matrice renversée.

La réduction de l'inversion récente ne subit guère que des modifications de détail, tandis que les renversements anciens, qui venaient seulement d'être mis en lumière, ne pouvaient ne pas suggérer aux chirurgiens l'idée de les réduire.

Des diverses observations publiées à la suite de ce mouvement, trois points importants doivent être retenus :

1^o Levret, en 1749, puis Hoin, Lauverjat et Baudelocque ont réellement proposé et tenté la réduction des inversions anciennes ;

2^o Ils ont accompli le premier temps de cette

réduction, celui dans lequel ont fait remonter la matrice dans le canal cervical. Ce fait intéressant a été repris, vers 1860, et donné comme une nouveauté par Withe, Sims et autres chirurgiens américains.

3° Si Lauverjat et Baudelocque n'ont pu accomplir le second temps de la réduction, ils ont fait entrevoir la réussite comme très probable et, ce premier pas étant fait, Dailliez, plus affirmatif dans ses prévisions, considérait la guérison comme assurée dans l'avenir.

Pendant que la question de la réduction des inversions anciennes était ainsi étudiée et poursuivie jusqu'aux limites du succès, la question de l'ablation de la matrice suivait une marche parallèle qui, si elle n'aboutit pas à des résultats définitifs prépare la voie qui devait y mener prochainement.

Les faits concernant l'extirpation de l'utérus que l'on peu recueillir dans la période de temps qui nous occupe peuvent être groupés en deux catégories :

1° Ceux dans lesquels on a excisé une portion de l'utérus et le polype qui en avait amené le renversement. Nous les passerions sous silence s'ils n'étaient le point de départ des traitements chirurgicaux de l'inversion puerpérale.

2° Ceux dans lesquels on a enlevé l'utérus inversé à la suite d'un accouchement.

Parmi les observations d'inversion polypeuse, mise à part celle d'Amboise Paré, que nous avons mentionnée plus haut, il faut citer les cas de Vieussens de la fin du xvi^e siècle, de Slevogt (1700), de Gaulard

(1732), et de Laumonier, de Rouen (1784) ; viennent ensuite les cas de Desault et Baudelocque (1787) et de Bardol et Beau fils (1788) ainsi que les deux observations de Collomb, où il s'agit d'inversions multiples traitées heureusement par la ligature.

Ce que l'on doit retenir de ces faits, c'est :

a) Que sur les 9 cas cités, 7 ont été traités par la ligature, qui n'expose pas aux accidents redoutables de l'extirpation de l'utérus ;

b) Que, dès la fin du ^{xvii}e siècle, la ligature tend à se substituer à l'incision simple ;

c) Que, Vieussens est le premier chirurgien qui ait appliqué la ligature pour obtenir la chute d'une portion de l'utérus ;

d) Enfin, que Desault a donné des modifications ingénieuses de cette ligature, qui formeront plus tard la base de plusieurs procédés plus modernes.

Sur les 9 cas, il y a eu 6 guérisons (A. Paré, Vieussens, Slevogt, Baudelocque et Desault, et 2 cas de Collomb). Sur les 3 cas de mort, un peut être considéré comme succès, cas de Laumonier. En effet, sa malade était guérie lorsqu'il lui prit la fantaisie de perfectionner son œuvre par une nouvelle opération, la femme meurt à la suite de cette deuxième intervention. La malade de Gaulard n'est morte que le dix-huitième jour des suites de son extrême faiblesse au moment de l'opération.

Avant d'analyser les observations d'inversion utérine ayant succédé au travail de l'accouchement, nous citerons ces cas dans leur ordre chronologique.

Ils sont presque aussi nombreux que, les cas d'inversion polypeuse.

Manquest de Lamotte raconte que, Arnoult, en 1678, amputa un utérus atteint d'inversion puerpérale et que la malade est morte. Stalpart Van der Viel, en 1687, cite une observation d'une femme dont l'utérus était inversé à la suite de l'accouchement et que la sage-femme n'hésita pas d'enlever. Cette malade est morte aussi. Ruysch (1691) rapporte l'histoire d'une femme atteinte d'inversion chronique, chez laquelle on excisa l'utérus et qui succomba très rapidement après une violente hémorragie.

Après ces résultats malheureux un mouvement se dessine en faveur de l'ablation de l'utérus par la ligature.

En 1764, Ansellin publie l'observation d'une femme de quarante-deux ans, multipare de 12, chez laquelle l'utérus s'est éliminé après la ligature. Trois ans après, Faivre rapporte l'observation d'une femme de dix-neuf ans, présentant une inversion chronique de l'utérus, consécutive à son premier accouchement et qui fut traitée et guérie par la ligature.

Puis, en 1778, Deleurye pratique une amputation de l'utérus inversé après l'accouchement, la femme est morte trois jours après l'opération ; c'est un retour malheureux à l'ancienne pratique de l'amputation directe. Enfin, en 1787, une observation fut publiée par Wrisberg ; il s'agissait d'une femme, chez laquelle la sage-femme, après l'avoir délivrée maladroitement, n'hésite pas à enlever l'utérus avec son couteau. Cette femme guérit au bout de trois mois.

Ces sept observations d'ablation de l'utérus inversé à la suite de l'accouchement peuvent être groupées ainsi :

a) Cinq amputations directes (Arnoult, Stalpart Van der Vief, Ruysch, Deleurye et Wrisberg), dont quatre morts et une guérison ;

b) Deux ablations par ligature (Ansellin et Faivre) avec deux guérisons.

De ces faits, on pourrait conclure que dans les cas d'inversion puerpérale l'opération paraît plus grave que lorsque le renversement succède à un polype ; mais que, cependant, dans des cas exceptionnels, elle semble offrir encore une ressource précieuse. Qu'en tout cas la méthode de la ligature est de beaucoup supérieure à celle de l'excision directe, puisqu'elle donne deux guérisons sur deux cas traités, tandis que l'amputation ne donne qu'une seule guérison sur 5 cas.

La question en était là vers la fin du xviii^e siècle.

La possibilité de l'ablation de la matrice et surtout de la guérison après cette opération était bien démontrée. Mais, dans quelles conditions était-il légitime de la proposer, suivant quelles indications devait-on la pratiquer ? Beaudelocque devait l'établir.

« Depuis longtemps, dit Dailliez (1), le professeur Baudelocque a réuni les matériaux d'un mémoire

1. Dailliez, thèse de Paris, n° 382, an XI, 1803, p. 104.

sur l'amputation de la matrice. Espérons qu'un jour sa pratique, resserrée dans un cercle moins étendu, lui permettra de mettre la dernière main à ce travail important : *mais disons, puisqu'il nous autorise, qu'il ne saurait admettre l'amputation de la matrice renversée après l'accouchement.* »

Ce jugement de Baudelocque peut paraître sévère lorsqu'on regarde les résultats obtenus par les chirurgiens, mais il ne faut pas oublier que l'école du XVIII^e siècle, Baudelocque surtout, avait perfectionné les moyens de réduction opposés à ces renversements. Aussi l'éminent accoucheur a bien pu se croire autorisé à penser et à professer que la réduction tentée en temps opportun devait à peu près constamment réussir. D'autant plus qu'il paraissait établi (observations de Levret, Lauverjat et Baudelocque) que les inversions non réduites n'étaient pas toujours mortelles, qu'elles pouvaient revêtir une forme chronique compatible jusqu'à un certain point avec la vie.

La participation de Baudelocque à l'opération de Desault pouvait laisser penser qu'il faisait une exception en faveur des inversions polypeuses. Telle n'était point cependant l'opinion de Baudelocque et en 1798, en commentant les observations de Bardol, de Laumonier et de Desault, il se demande s'il ne vaut pas mieux extirper seulement le polype et de réduire ensuite l'inversion de l'utérus, que d'amputer une partie de cet organe avec la tumeur. C'est la conduite qu'il fit tenir à Allan et Piet en 1799 dans

un cas d'inversion polypeuse; c'est celle qu'il tint lui-même dans un cas qu'il publia en 1801. Dans les deux cas la réduction se fit d'elle-même après l'ablation du polype et les deux malades ont très bien guéri.

Dès lors, l'opinion de Baudelocque ne pouvait être douteuse. De même qu'il n'admettait pas l'amputation de l'utérus atteint d'inversion puerpérale, de même il ne pouvait admettre l'ablation de cet organe inversé par le fait d'un polype.

Cependant, il ne faut pas croire qu'il repoussait l'amputation dans tous les cas absolument. L'exception doit comprendre les cas où *le volume du pédicule de la tumeur, ou les altérations inflammatoires ou gangreneuses ne permettent plus de saisir la ligne de démarcation entre la tumeur et le tissu utérin*. A ces deux faits il faut ajouter les cas d'inversions chroniques qui peuvent *devenir très menaçants par les accidents hémorragiques continus ou répétés*, dont elles sont ordinairement accompagnés.

Si Baudelocque n'a pas résolu définitivement le problème, c'est lui qui en premier lieu reconnut la possibilité de l'amputation partielle de l'utérus, et qui, après Levret et Leroux a parfaitement décrit les inversions anciennes, leur mode de formation, leurs symptômes, etc. Enfin c'est toujours à lui que nous devons d'avoir signalé les dangers que comportent ces inversions et qui conduisent si souvent à une terminaison funeste.

Ces trois points établis semblent conduire naturel-

lement à cette conclusion, que c'est aux cas où la réduction ne peut être obtenue qu'il faut réserver l'opération. Mais Baudelocque n'a pas énoncé cette loi. A ces accidents formidables qui conduisent fatalement la malade à la mort, Baudelocque n'oppose que la chance exceptionnelle d'une de ces réductions spontanées dont il avait pu réunir deux exemples.

Au moment où le problème ainsi posé restait sans solution dans l'œuvre de Baudelocque, l'École de Chirurgie de Lyon, Collomb et Bouchet père finissent cette importante question. Une des observations de Collomb est particulièrement intéressante. Une jeune femme atteinte d'inversion utérine puerpérale consulte Leroux de Dijon qui, à l'exemple de Baudelocque, repousse toute idée d'intervention chirurgicale. Elle s'adresse alors à Collomb et à Bouchet qui, en présence des symptômes graves de la maladie et de l'imminence d'une mort prochaine, décident l'opération que pratiqua Bouchet assisté de Collomb en 1791. La femme guérit. Son observation fut publiée par Collomb en 1798 et par Bouchet fils en 1833.

C'est le premier cas d'inversion utérine ancienne traité heureusement par l'amputation. Cette même année 1798, où Collomb publie cette observation, Marc-Antoine Petit et Rey de Lyon pratiquent une amputation de l'utérus inversé par la ligature. Ils croyaient enlever un polype.

En résumé, l'école du ^{xviii}^e et celle du ^{xviii}^e siècle admettent la possibilité de l'amputation de l'utérus

et fournissent plusieurs exemples. Toutefois Baudelocque, l'un des premiers et des plus illustres de cette école, repousse l'opération d'une manière générale dans les inversions qui suivent l'accouchement et l'écarte dans la majorité des cas d'inversion polypeuse. Il semble la réserver pour les cas exceptionnels. Il ne mentionne pas parmi ces derniers *les inversions anciennes, rebelles à toute réduction et qui par les hémorragies répétées mettent souvent la vie en péril ; mais, cette conclusion résulte tellement de sa doctrine, il s'est tellement approché du but qu'on peut le considérer, à juste titre, comme le grand initiateur des progrès et des découvertes importantes qui allaient bientôt en surgir de toutes parts.*

Dès le vivant de Baudelocque, la première de ces conquêtes, celle qui rendait les inversions anciennes justiciables de la chirurgie régulière, était faite grâce encore à des chirurgiens français, Collomb et Bouchet de Lyon.

L'école chirurgicale du XIX^e siècle, après avoir encore éclairé le diagnostic et l'étiologie et créé presque de toute pièce l'anatomie pathologique de cette affection, portera son effort principal sur le traitement. Rivalisant de zèle pour inventer les ressources les plus subtiles et l'outillage le plus parfait, les chirurgiens sont parvenus à conjurer en grande partie les accidents redoutables auxquels peut donner lieu l'inversion utérine.

La possibilité de la réduction des inversions utérines anciennes était établie depuis longtemps

(observations de Genselius, d'Hoin, de Lauverjat, de Chopart et d'Ané) et surtout par les préceptes de Baudelocque. Ce qu'il restait à établir c'était la méthode.

C'est toujours à un chirurgien français que revient l'honneur d'avoir réduit le premier une inversion utérine ancienne. Valentin (1), de Vitry-le-François, en 1847, faisant une application de l'éthérisation nouvellement découverte, obtient la réduction d'une inversion datant de seize mois. Cette observation célèbre marque une époque importante dans l'histoire de l'inversion utérine. Elle doit attirer notre attention sur plusieurs points, notés par Valentin :

a) La contractilité du muscle utérin est réveillée au moindre essai de pression, ce qui entrave la réduction ;

b) D'où la nécessité de pousser l'anesthésie jusqu'aux dernières limites pour éteindre et la contractilité propre de l'utérus et celle des muscles puissants de l'abdomen.

Cette dernière remarque nous explique pourquoi la découverte de ces réductions a été tellement retardée, puisqu'elle nécessitait la découverte préalable de l'éthérisation.

Cinq ans plus tard, en 1852, Canney (2) publie une observation d'inversion utérine réduite six mois

1. Valentin, de Vitry, *Union médicale*, 1847, p. 550. Cité par Denucé, in *Traité clinique de l'inversion utérine*, 1883, p. 270.

2. Canney, *Gazette médicale*, 1852, p. 216. Cité par Denucé.

après son apparition, et Barrier, de Lyon (1), donne l'histoire d'une inversion datant de seize mois guérie par la réduction.

Dorénavant les observations se multiplient et avec elles les perfectionnements apportés par les différents auteurs qui les ont publiés. La réduction des inversions utérines, à toutes les périodes de leur évolution, entre donc à partir de ce moment dans le domaine de l'art. Mais la grande multiplicité des méthodes proposées provoque une certaine confusion dans ces procédés que Weiss (2) a si bien étudiés dans sa thèse.

D'une manière générale, les ressources diverses dont disposent les chirurgiens pour opérer la réduction, sont ramenées à trois méthodes capitales :

1° *Le taxis par refoulement central ou taxis central, méthode de Viardel (1674) ;*

2° *Le taxis par refoulement périphérique ou taxis périphérique.* Cette méthode, connue en Angleterre sous le nom de *méthode de Montgomery*, fut en réalité décrite pour la première fois par les chirurgiens français Amand (1713), Puzos (1759), Astruc (1766), dont elle doit porter les noms ;

3° *Le taxis par refoulement latéral, ou taxis latéral* inventé par *Deleurye* en 1787, perfectionné et

1. Barrier, de Lyon, *Gazette médicale*, 1852, p. 272, cité par Denucé.

2. Weiss, *Des Réductions de l'inversion utérine consécutive à la délivrance*. Thèse de Paris, 1873.

définitivement établi par les chirurgiens américains *Sims* (1860) et *Næggerath* (1862).

Pour la réduction des inversions récentes, l'anesthésie générale aidant, l'application de ces méthodes était facile. Mais lorsqu'il s'agissait d'inversions anciennes deux grandes difficultés étaient à vaincre : d'une part la mobilité de l'anneau constricteur à travers lequel il faut refouler le corps utérin, d'autre part la fatigue de la main du chirurgien pendant les manœuvres de réduction...

Pour remédier à la première de ces difficultés les uns, comme Emet, proposent de fixer l'anneau à travers la paroi abdominale avec les doigts pressant sur la région hypogastrique ; d'autres chirurgiens, Kilian et Courty en particulier, essaient de fixer l'anneau avec les doigts introduits dans le rectum. Ce dernier procédé ne donna qu'un seul résultat dans les mains de Courty, dans les autres cas non seulement que la fixation de l'anneau ne fut qu'imparfaite mais on déterminait des blessures de la muqueuse rectale.

Au deuxième inconvénient on opposa la réduction instrumentale. Ces procédés de réduction non sanglants ont la faveur de cette époque et l'on voit se perfectionner divers moyens, depuis le tamponnement simple jusqu'aux pessaires à formes très variées, dont l'*uterine repositior* de Withe de Buffalo. Enfin l'introduction des substances élastiques et notamment du caoutchouc dans la fabrication des instruments de chirurgie, fit naître les divers pessaires à

air, à eau ou au mercure, pessaire à air de Gariel très en honneur en Angleterre depuis les travaux de Tyler Smith. Colpeurynter ou pessaire à eau ou au mercure que Wetterlein appliqua pour la première fois en 1870, et qui se vulgarisa très rapidement en Allemagne et en Angleterre.

Certes, l'usage des ballons de caoutchouc a eu son heure de vogue et a rendu des grands services, mais plus tard les chirurgiens anglais Barnes, Matthews Duncan et Aveling leur reprochent d'agir trop lentement et surtout de comprimer souvent les parties avoisinantes, la vessie et le rectum, de déterminer des douleurs quelquefois insupportables. Aveling propose alors son pessaire à tige dont l'extrémité supérieure évasée en forme de coupe reçoit le corps de l'utérus, tandis que l'extrémité inférieure est fixée avec des bandes élastiques à une ceinture. De cette manière il exerce une compression continue presque égale et locale. Cet instrument n'est pas à l'abri de reproches malgré des beaux résultats qu'il ait donné à son auteur.

En France, c'est au *Ballon de Champetier de Ribes* que l'on accorda la préférence. Cet instrument, dont les applications et les indications obstétricales sont telles qu'elles font de lui, suivant le précepte du professeur Pinard, un instrument indispensable et que tout praticien doit savoir manier, a donné les meilleurs résultats dans des cas d'inversion utérine récente rebelles à tous les procédés manuels. Mais est-ce à dire que cet instrument doive être

appliqué dans tous les cas, et qu'il donne toujours les mêmes beaux résultats ? Non ! Et c'est à notre maître que revient l'honneur d'avoir établi les indications de ce traitement de douceur.

M. Pinard (1) a eu l'occasion d'appliquer ce traitement avec succès dans un cas d'inversion utérine datant de neuf jours (obs. VI) ; cette observation fut publiée à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiâtrie de Paris le 13 mai 1901 ; plus tard M. Pinard (2) présente à l'Académie de Médecine de Paris, séance du 3 avril 1906, un rapport sur un travail du Dr Mantel intitulé : *Un cinquième cas d'inversion utérine traité avec succès par l'application du ballon de Champetier de Ribes, gonflé avec de l'air.*

Voici comment s'exprime le professeur Pinard à propos de sa malade : «... la muqueuse de l'organe avait partout la même coloration, les parois avaient la même consistance ; bref, l'étranglement me paraissait ne pas avoir entravé la circulation.

» Ne redoutant ni le sphacèle, ni l'infection, je songeais à mettre en œuvre les procédés de réduction dits de douceur. C'est ainsi que j'eus recours à l'emploi des ballons de Champetier de Ribes.

» Le résultat obtenu a été aussi rapide et aussi parfait que possible.

1. A. Pinard, *Inversion utérine réduite à l'aide du ballon de Champetier de Ribes* (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. LVI, 1901, p. 244).

2. A. Pinard, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. LV, 1906, p. 485.

» Aussi je crois que, dans ces conditions, ces ballons auront une action plus efficace que les autres moyens conseillés : ballon à air, colpeurynter, tamponnement avec de la gaze iodoformée, bandages spéciaux, etc.

» L'introduction est très simple, très facile ; le ballon a été très bien supporté et si je ne me trompe, ces ballons qui rendent déjà de si grands services dans d'autres cas, sont destinés, dans les cas d'inversion utérine récente, à jouer un rôle aussi puissant que bienfaisant. »

Nous ne parlerons pas ici de l'histoire des procédés chirurgicaux modernes, dont l'origine remonte au milieu du siècle dernier, et que nous voulons rappeler à propos de la critique de chacune de ces méthodes.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DE L'INVERSION UTÉRINE RÉCENTE ET ANCIENNE D'ORIGINE PUERPÉRALE

Dans son rapport présenté à l'Académie de médecine le 3 avril 1906, M. Pinard (1), en parlant du traitement de l'inversion utérine, dit :

« Quant au traitement, je ne puis partager complètement la manière de voir de notre confrère, qui parle d'inversion obstétricale et d'inversion chirurgicale. Je ne puis le suivre sur ce terrain.

» Pour moi, il peut y avoir et on peut rencontrer : soit une *inversion utérine immédiate*, c'est-à-dire produite immédiatement après l'accouchement, avant ou après la délivrance ; soit une *inversion utérine récente*, c'est-à-dire existant quelques heures ou quelques jours après l'accouchement ; soit une *inversion utérine chronique*, c'est-à-dire existant depuis des semaines ou des mois. »

1. A. Pinard, Rapport sur un travail du Dr Mantel (de Saint-Omer) présenté à l'Académie de Médecine de Paris, séance du 3 avril 1906 (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai 1906).

Quels sont les divers moyens thérapeutique que l'on peut opposer à ces trois variétés d'inversion utérine?

1^o TAXIS

Dans l'historique du traitement de l'inversion utérine nous avons cité les diverses méthodes de réduction manuelle. Nous ne donnerons pas ici la technique de ces procédés, pour laquelle nous renvoyons aux auteurs classiques et particulièrement au *Traité-clinique de l'inversion utérine* de Denucé, et nous nous contenterons d'analyser les résultats que ces méthodes ont pu donner.

W. Thorn (1), dans son travail sur l'inversion utérine publie un tableau de 437 cas d'inversions utérines puerpérales. Nous avons extrait de ce tableau 218 cas où la réduction manuelle fut pratiquée, et que nous avons résumés dans le tableau suivant :

Dans 155 cas d'inversion utérine immédiate le taxis a donné :

106 succès ;

49 échecs dont 35 morts.

1. W. Thorn, *Zur Inversio uteri* (Sammlung Klinischer Vorträge, n^o 625/27. Leipzig, 1911, p. 107).

Dans 8 cas d'inversion datant de moins de trois jours :

4 succès ;

4 échecs dont 2 morts.

Dans 11 cas d'inversion datant de moins de six jours :

6 succès ;

5 échecs dont 2 morts.

Dans 7 cas d'inversion datant de moins de quinze jours :

4 succès ;

3 échecs dont 2 morts.

Dans 4 cas d'inversion datant de moins d'un mois :

2 succès ;

2 échecs.

Dans 6 cas d'inversion datant de moins de trois mois :

1 succès ;

5 échecs dont 1 mort.

Dans 11 cas d'inversion datant de moins de six mois :

11 échecs.

Dans 3 cas d'inversion datant de moins d'un an :

1 succès ;

2 échecs dont 1 mort.

Dans 8 cas d'inversion datant de plus d'un an :

3 succès ;

5 échecs dont 1 mort.

Dans 5 cas d'inversion d'âge indéterminé :

3 succès ;

2 échecs.

Dans 1 cas d'inversion datant de vingt-deux ans :

1 succès.

En résumé :

Dès 218 cas, où le taxis a été mis en œuvre, il y a eu 155 cas d'inversions utérines immédiates, et 63 cas d'inversions utérines récentes ou anciennes.

Sur les 155 cas d'inversion utérine récente, la réduction par le taxis a été obtenue cent six fois, soit une proportion de 68,38 o/o ; et il y a eu 49 échecs, soit 31,61 o/o.

Sur 63 cas d'inversions utérines récentes et anciennes, on a obtenu la réduction par taxis vingt-six fois, soit dans une proportion de 40,31 o/o, et trente-sept fois elle a échoué, soit 58,73 o/o.

Les 44 cas de mort sont dus :

Douze fois à l'hémorragie ;

Onze fois au shok ;

Six fois à la septicémie ;

Deux fois à la péritonite généralisée ;

Deux fois à l'embolie pulmonaire ;

Une fois à l'anémie et dégénérescence du cœur ;

Une fois à une affection cardiaque (?) ;

Une fois après l'opération sanglante ;

Huit fois à des causes indéterminées.

De ce tableau nous pouvons conclure :

1° Que les méthodes de réduction manuelle donnent

des bons résultats dans les cas d'inversion utérine immédiate, dans plus de la moitié des cas ;

2° Que dans les cas d'inversion utérine récente ou ancienne, les méthodes de réduction manuelle ont donné parfois des succès, que par conséquent elles doivent être essayées

Toutefois l'application de ces méthodes doit être régie par certaines règles que le professeur Pinard a formulé nettement pour les inversions utérines immédiates.

Dans ces cas, la réduction manuelle sera pratiquée dans l'intervalle des contractions. Si le placenta est encore adhérent, le décoller rapidement avant de tenter la réduction. Si l'utérus est sorti complètement, le repousser d'abord doucement dans le vagin, avant de commencer la manœuvre de retournement. Prendre ensuite les précautions voulues après la réduction : repos absolu, absence d'efforts, introduction du ballon Champetier, s'il y a menace de reproduction de l'inversion.

Quant aux inversions utérines récentes et anciennes, nous avons vu que le taxis peut donner dans certains cas des bons résultats, mais nous ne saurions trop répéter les conseils du professeur Oui. Le taxis est et doit rester une méthode de douceur, qu'on doit abandonner dès que son inefficacité est démontrée. Pratiqué dans ces conditions de sagesse il a donné des beaux résultats, mais ses échecs sont nombreux. Sur les 107 cas que nous avons pu recueillir, nous ne le voyons réussir que quatre fois (Gummert, obs. I,

Dranitzin, obs. II, Grandau, obs. III et Maclean, obs. IV) et encore la femme était anesthésiée et le col fixé avec des pinces.

2^o MÉTHODES DE RÉDUCTION NON SANGLANTE INSTRUMENTALES

C'est à l'échec fréquent du taxis, malgré tous ses perfectionnements, qu'est due la tentative de réduction de l'inversion par les nombreux pessaires qu'on a imaginé, et qui sont tous basés sur le principe de la pression continue.

On peut réduire à deux types les instruments qui reposent sur le principe de la pression continue :

a) Les pessaires à tige, qui exercent une pression limitée sur le fond de l'utérus ;

b) Les pessaires à air ou à eau, les plus employés et dont la surface de pression est beaucoup plus étendue.

a) *Pessaires à tige.*

Le type de ces pessaires est le pessaire à double courbure ou *repositor d'Aveling*. Cet instrument n'est pas employé en France, mais en Angleterre et en Amérique, il jouit d'une réelle faveur. Il a donné à Aveling trois succès dans des inversions anciennes dont une datait de vingt-six mois. D'autres auteurs, Newman, Gervis, Dixon, etc., ont obtenu le même

succès. Mais Lombe Atthil a échoué après avoir provoqué une forte hémorragie. Nous n'avons pu trouver que 2 cas où cet instrument ait donné satisfaction, le cas de Th. Oliver (obs. V), et celui de Boyd (obs. VIII).

b) *Pessaires à eau et à air.* — *Kolpeurynter,*
Ballons de Champetier de Ribes.

En Allemagne, on a donné la préférence au *Kolpeurynter*, ballon en caoutchouc que l'on place dans le vagin et que l'on gonfle avec de l'air, de l'eau ou du mercure. Il n'a pas l'avantage d'être *incompressible* comme le ballon de Champetier de Ribes.

Tyler Smith avait obtenu, par l'emploi du *kolpeurynter*, en une semaine, la réduction d'une inversion datant de onze ans. Denucé, en 1883, réunissait 26 cas où l'emploi du pessaire à air avait été couronné de succès. Mais les échecs ne lui manquent pas et du tableau suivant nous voyons qu'il a échoué entre les mains de C. Everke, de Gummert, de Morisani, de Thorn, de Borna, de Gmeiner, de von Neugebauer, de von Herff, de Keilmann, etc., dans des cas d'inversion ancienne.

En plus, nous devons signaler d'autres inconvénients de cette méthode et non des moindres. En première ligne, c'est la très longue durée du traitement. Dans la plupart des cas où cet instrument a permis d'obtenir la réduction, il a fallu au moins

une semaine de traitement. Dans d'autres cas on a dû l'appliquer pendant neuf, vingt-quatre, trente et quarante-six jours. Et il ne faut pas oublier que ce traitement est très douloureux, Keilmann fut obligé de renoncer rapidement à cet instrument à cause des douleurs insupportables qu'il provoquait.

Souvent, malgré toutes les précautions antiseptiques prises, on a noté l'élévation de la température. C'est ce qui est arrivé à Netzel qui constate une nécrose de la muqueuse vaginale, et à Salin, qui se résout à l'intervention opératoire après que le kolpeurynter a produit la nécrose de la muqueuse utérine. Dans le cas de Græve, cet instrument produit une déchirure du vagin.

En France, c'est au *Ballon de Champetier de Ribes* qu'on accorde la faveur. Se basant sur ses observations personnelles, ainsi que sur les cinq cas d'inversion récente, traités avec succès par l'emploi de cet instrument, par le Dr Mantel de Saint Omer, M. Pinard démontra son efficacité.

Mais dès 1901, le professeur Pinard établit les indications de l'emploi du ballon Champetier. Voici comment notre maître résume ces indications, dans son rapport à l'Académie de Médecine sur le cinquième cas de Mantel (1) : « Dans les cas d'inversion utérine récente, quand l'utérus ne paraît pas

1. Pinard A., Rapport présenté à l'Académie de Médecine, séance du 3 avril 1906 (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai 1906).

menacé de sphacèle, le désinfecter et essayer le retournement manuel ; s'il est impossible, introduction du ballon Champetier de Ribes, qui me paraît d'une efficacité plus grande que tous les tamponnements ou pessaires, à tige ou autres, conseillés et employés jusqu'ici. »

(Voir tableau, page suiv.).

Tableau des réductions par Kolpeurynter et ballons de Champetier de Ribes

NUMÉRO D'ORDRE	NUMÉRO DE L'OBSERVATION	AUTEURS	ANNÉE DE L'OPÉRATION	ÂGE	PARITÉ	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX	ACCOCHEMENT DERNIER	DÉLIVRANCE	INVERSION	TRAITEMENT	RÉSULTATS	REMARQUES
1	72	C. Everke.	1889	»	I	»			Treize ans.	Kolpeurynter.	Echec.	Laparotomie. Guérison.
2	1	Gummert.	1899	29	I	»	Normal.	Pressions sur l'abdomen.	Huit semaines.	Kolpeurynter. Tamponnement vaginal.	Echec. Echec.	Réduction forcée sous anesthésie; Guérison.
3	33	Morisani.	1896	25	I	»	Normal.	Tractions sur le cordon.	Sept ans.	Kolpeurynter pendant les trois dernières années à plusieurs reprises.	Echec.	Opération de Piccoli. Guérison.
4	63	W. Thorn.	1900	31	I	»	Forceps.	Expres- sion.	Cinq mois.	Tamponnement vaginal. Kolpeurynter.	Echec.	Opération de Spinelli. Guérison.
5	6	A. Pinard.	1900	22	I	»	Normal.	Spontanée.	Neuf jours.	Ballon de Champetier dans le vagin.	Réduction en vingt-cinq heures.	Guérison.

7	42	H. Born.	1901	20	I	»	Normal.	Spontanée.	Cinq ans.	Kolpeurynter.	Echec.	Guérison.	hystérectomie vaginale.
8	79	E. Vignard.				»	»	»	Trois mois.	Pessaire Gariel.	Echec.	Laparotomie.	Guérison.
9	44	J. Gmeiner.	1903	17	I	»	Avortement cinquième mois.	?	Trois mois.	Kolpeurynter.	Echec.	Opération de Piccoli.	Guérison.
10	7	P. Mantel.	1906	26	M	Premier forceps. Deuxième normal.	Tractions sur le cordon.	Un jour.	Ballon de Champetier de Ribes avec de l'air.	Réduction en vingt-quatre heures.	Guérison.	Produit des eschares dès le 2 ^e jour d'application.	Guérison.
11	47	Von Neugebauer.	1906	19	I	»	Normal.	Tractions sur le cordon.	Sept mois.	Kolpeurynter pendant deux mois.	Echec.	Très douloureux.	Opération de Kehrer.
12	60	Von Herff.	1906	25	M	Premier forceps.	Artificielle.	Cinq mois.	Kolpeurynter et tamponnement du cul-de-sac postérieur.	Echec.	Très douloureux.	Opération de Piccoli.	Guérison.
13	28	A. Keilmann.	1902	23	I	»	Normal.	Tractions sur le cordon.	Deux mois.	Kolpeurynter.	Echec.	Très douloureux.	Opération de Piccoli.
14	12	A. Pàpa.	1909	22	I	»	Normal.	Tractions sur le cordon.	Six mois.	Ballon et tamponnement vaginal.	Réduction.	Guérison.	Guérison.
15	88	A. Couvelaire.	1910	23	I	»	Forcèps.	?	Soixante-dix-huit jours.	Quatre bal- lons de Champetier de Ribes.	Echec.	Laparotomie.	Hystérectomie.

En résumé :

Sur 15 cas, neuf fois on a appliqué le kolpeurynter toutes les fois il échoue ; deux fois il provoque des violentes douleurs. On a dû recourir une fois à la réduction manuelle forcée sous anesthésie, une fois à la laparotomie, une fois à l'opération de Kehrer, une fois à l'opération de Spinelli et 5 fois à l'opération de Piccoli pour obtenir la réduction.

Une fois on a appliqué le pessaire de Gariel, il échoue et on a recours à la laparotomie.

Cinq fois on a appliqué les ballons de Champetier de Ribes, trois fois la réduction est obtenue ; une fois on est obligé de renoncer à son emploi, après seize heures, l'utérus étant infecté ; on pratique l'hystérectomie vaginale. Dans un cas, quatre applications des ballons Champetier restent infructueuses. Laparotomie, hystérectomie, guérison.

CONCLUSIONS :

1° Dans les cas d'inversion utérine récente, les ballons de Champetier de Ribes placés dans le vagin peuvent entraîner dans certains cas la réduction de l'organe.

2° Leur emploi est contre-indiqué, lorsque l'utérus est infecté ou en voie de sphacèle.

CHAPITRE IV

MÉTHODES CHIRURGICALES POUR LE TRAITEMENT DE L'INVERSION UTÉRINE RÉCENTE ET ANCIENNE D'ORIGINE PUERPÉRALE

Déjà en 1775, Millot, entre autres chirurgiens, avait proposé de faciliter la rentrée dans l'abdomen de l'utérus inversé en excisant le col qui par sa rétraction semblait s'opposer à la réduction. On était sur le point de renoncer à ces incisions qui n'avaient pas donné de bons résultats, lorsque Barnes, en 1868 dans un cas qui avait résisté à tous les procédés de réduction non sanglants, avant de procéder à l'amputation de l'organe, se décida à diviser le col rétracté par des incisions faites de haut en bas dans son épaisseur.

L'année suivante, Gaillard Thomas, pour vaincre la résistance opposée par l'anneau d'inversion proposa, et exécuta pour la première fois une laparotomie médiane, puis il pratiqua la dilatation directe de cet anneau avec une pince dilatatrice pendant qu'il refoulait le corps utérin par le vagin.

Dès le début donc les chirurgiens ont suivi deux

voies opératoires pour s'attaquer au principal obstacle à la réduction.

Nous diviserons les divers procédés chirurgicaux en deux catégories :

- 1^o Procédés opératoires par la voie vaginale ;
- 2^o Procédés opératoires par la voie haute, abdominale.

Procédés opératoires par la voie vaginale

1^o Procédé des incisions cervico-utérines.

Procédé de Barnes.

Cette opération indiquée déjà par Simpson et M. Sims n'a été exécutée qu'en 1868 par Barnes (1) qui opéra avec succès un cas qui avait résisté à tous les procédés de réduction non sanglants. Dans ce cas Barnes avait procédé de la manière suivante :

Après avoir passé un lac autour du corps utérin renversé il attire l'organe en bas de telle manière que le bourrelet formé par le col de l'utérus et le sillon qui le sépare du pédicule disparaissent presque complètement.

Il fait alors trois incisions longitudinales partant de l'orifice cervical externe et divisant les fibres

1. Barnes, *Traité des maladies des femmes*, traduction française, 1875, p. 623, cité par Denucé. *Traité clinique de l'inversion utérine*, 1883, p. 333.

circulaires de l'isthme ; il accordait à ses incisions 2 centimètres de long et $1/2$ centimètre de profondeur et préférait les rendre plus nombreuses plutôt que d'en augmenter les dimensions. Depuis, Marion Sims, Kemp, Wilson ont cité des cas traités avec succès par ce procédé, mais cette opération ne se généralisa pas. Ce n'est que plus tard, en 1900, que Barton Cooke Hirst (1) et C.-H. Hare (2) en 1906, dans des cas d'inversion utérine chronique et ayant résisté au taxis, pratiquent une incision de la lèvre postérieure du col sans ouvrir le péritoine, réduisent l'inversion, et ils suturent ensuite le col. Fresson (3) publie dans sa thèse l'histoire d'une malade atteinte d'inversion utérine chronique réduite après débridement du col et guérie. D'après Fresson, le débridement appliqué plus méthodiquement et avec plus de hardiesse que ne le conseillait Barnes est appelé à rendre les plus grands services.

Cet auteur conseille de pratiquer deux incisions latérales remontant jusqu'à la région de l'isthme. En général, c'est à ce niveau que réside l'agent de resserrement et ce n'est qu'une incision haute qui puisse l'atteindre. La portion vaginale du col sera incisée en totalité, tandis qu'au niveau de l'isthme, tout en étant assez profondes, ces incisions ne doivent

1. B.C. Hirst, *The American journal of obstetrics*, vol. XLI, 1900, p. 9.

2. C.-H. Hare, *The Boston medical and Surgical journal*, vol. CLIV, 1906, p. 157.

3. H. Fresson. Thèse de Paris, n° 54, 1902, p. 39.

pas ouvrir le péritoine. On immobilise ensuite les lèvres de l'incision au moyen de pinces et on pratique la réduction suivant les manœuvres habituelles. L'opération se termine par un tamponnement à la gaze de la cavité utérine et du vagin, et si l'on veut assurer un drainage plus parfait, on s'abstient de toute suture du col.

D'après Fresson sont justiciables de cette opération :

a) Les cas d'inversion chronique où les tentatives de réduction manuelle ont échoué, lorsqu'à l'examen on constate nettement l'existence d'une portion de col jouant le rôle d'agent d'étranglement, c'est-à-dire dans les cas d'inversion incomplète ;

b) Les cas où l'état de ramollissement ou de friabilité du tissu utérin ne permettra pas de songer à des opérations plus sûres, mais plus complexes. On trouve alors dans le procédé des débridements latéraux tous les avantages d'une méthode simple et sûre, ne nécessitant ni instrumentation spéciale ni grande habileté chirurgicale.

De plus, les incisions demeurent extra-péritonéales, ce qui même de nos jours présente des avantages lorsqu'il s'agit d'une surface aussi difficile à désinfecter que la muqueuse d'un utérus inversé.

2° *Colpo-hystérotomie postérieure limitée.*

Procédé de Küstner

En 1893 Küstner (1) invente et publie sa première méthode de traitement chirurgical conservateur de l'inversion utérine chronique.

Dix ans avant lui, en 1883, Browne (2) avait proposé d'inciser la paroi postérieure de l'utérus, d'ouvrir ainsi l'infundibulum d'inversion, et à travers cette brèche de dilater l'anneau constricteur avec des bougies ; ensuite il fermait la plaie utérine et pratiquait la réduction par le taxis.

Dans son procédé, pour remédier aux obstacles de l'irréductibilité Küstner s'est efforcé d'atteindre un triple but :

- a) Contrôler l'existence d'adhérences péritonéales et les détruire le cas échéant ;
- b) Fixer et élargir le collet utérin ;
- c) Faciliter le retournement de l'organe.

Il réalisait les deux premières conditions en incisant par le vagin largement et transversalement le cul-de-sac de Douglas, et à travers cette brèche il explorait l'infundibulum, puis avec le doigt il fixait le

1. O. Küstner, *Methode konservierender Behandlung der invertierten Inversio uteri puerperalis* (Zentralblatt für Gynækologie, n° 41, 1893, p. 945).

2. Browne, *New-York Medical Journal*, 1883, cité par Heinrich, in *Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe und Gynækologie*, 2^e année, 1910, p. 67.

collet. Enfin, une incision de la paroi postérieure de l'utérus facilitait la réinversion de l'organe.

En résumé, l'opération de Küstner comprend les temps suivants :

1^{er} temps. — Ouverture large du cul-de-sac péritonéal de Douglas par une incision transversale du cul-de-sac vaginal postérieur. Cette incision faite au bistouri est élargie ensuite avec les doigts jusqu'à 3 ou 4 centimètres de longueur.

2^e temps. — Par cette brèche on introduit l'index. On explore l'orifice de l'infundibulum d'inversion et on détruit, le cas échéant, les adhérences avec les organes circumvoisins. Le doigt pénètre ensuite dans l'infundibulum qu'il parcourt jusqu'au fond en détruisant encore les adhérences possibles entre les deux faces péritonéales de l'utérus. Par cette manœuvre on a dilaté aussi l'anneau constricteur.

3^e temps. — Sur ce doigt laissé en place dans l'entonnoir d'inversion, on incise la paroi postérieure de l'utérus; cette incision verticale et médiane est longue de 3 à 4 centimètres environ. Elle commence à 2 centimètres de l'orifice externe du col et s'arrête à 2 centimètres du fond; elle intéresse toute l'épaisseur de la paroi utérine y compris le revêtement péritonéal.

4^e temps : Réinversion de l'utérus. — L'anneau constricteur étant fixé par l'index, le pouce de la même main presse sur le fond de l'utérus qu'il refoule vers l'abdomen.

5^e temps. — Une fois la réduction obtenue, l'utérus est porté en rétroversion forcée de telle manière que la plaie qu'il porte à sa face postérieure répond à l'ouverture du Douglas. A travers cette brèche, on suture la plaie utérine en deux plans par des points séparés.

6^e temps. — L'utérus est porté en antéflexion normale et le Douglas est fermé par quelques points séparés.

7^e temps. — Drainage de la cavité utérine avec un drain en caoutchouc.

Tel est le procédé que Küstner exécuta dans son premier cas (obs. XVII) et qu'il publia en 1893.

En 1898, ce chirurgien eut l'occasion d'opérer une inversion polypeuse.

Après avoir extirpé le polype, il pratiqua l'opération que nous venons de décrire, mais il ne fut possible d'obtenir la réduction que lorsque la paroi utérine postérieure fut incisée dans toute sa hauteur, depuis l'orifice externe jusqu'au fond de l'organe. Une fois la réduction obtenue il essaie de porter l'utérus en rétroversion forcée pour suturer la plaie utérine à travers la brèche transversale du Douglas. Il n'arrive pas à mettre les deux plaies en rapport parce que, dit-il, d'une part l'extrémité inférieure de l'incision utérine est séparée de l'incision transversale du Douglas par un pont de tissu intact qui empêche la rétroversion forcée, et d'autre part parce que les deux plaies, une transversale, l'autre sagit-

tale ne se correspondent pas. Il fit alors une laparotomie, sutura l'utérus, le Douglas, et termina l'opération par une hystéropexie. L'attention de Küstner fut attirée à cette occasion sur la difficulté de pratiquer la fermeture utérine à travers la plaie du cul-de-sac vaginal postérieur, lorsque les deux plaies ne se correspondent pas. Il imagina alors certaines modifications à apporter à son premier procédé, et bientôt, en 1900, il eut l'occasion de mettre en œuvre ce deuxième type d'opération (obs. XXV).

Le procédé de Küstner, type II, comprend exactement le même nombre de temps que le premier dont il ne diffère que par les premier et quatrième temps qu'il a modifié comme il suit :

1^{er} temps. Ouverture du cul-de-sac de Douglas. — La paroi postérieure du vagin au lieu d'être incisée transversalement est fendue de haut en bas par une incision sagittale et médiane, longue de 3 à 4 centimètres.

Cette modification fait que les deux plaies utérines et vaginales sont parallèles, de sorte qu'après la réduction, lorsque l'utérus sera porté en rétroversion, elles se correspondront, et la suture de l'utérus sera plus facile.

4^e temps. Réinversion de l'utérus. — Au lieu de l'obtenir en exerçant seulement des pressions sur le fond, il la pratique par des pressions et des tractions sur la paroi utérine. Une pince est introduite dans le péritoine par la brèche vaginale, elle traverse

l'anneau, pénètre dans l'infundibulum et ressort dans le vagin par la plaie utérine. On l'ouvre et on saisit un e des lèvres de l'incision utérine dans son milieu. Alors, pendant que l'on exerce des tractions sur cette pince, on refoule le fond de l'utérus avec le doigt.

Cette manœuvre facilite, d'après Küstner, la réduction de l'inversion.

Les temps 2, 3, 5, 6 et 7 sont absolument les mêmes que dans le premier procédé.

3^e *Colpohystérotomie postérieure totale.*

Procédé de Piccoli-Duret

Cette opération fut proposée pour la première fois par G. Piccoli (1) de Naples, en 1894 au congrès médical international de Rome. Voici comment ce chirurgien envisageait les divers temps de cette opération.

1^{er} temps. — Abaissement de l'utérus avec un lien élastique et, si besoin, curettage de la muqueuse.

2^e temps. — Large ouverture du cul-de-sac de Douglas, par une incision transversale du cul-de-sac vaginal postérieur.

3^e temps. — Nouvelle tentative de réduction et si

1. Piccoli G., *Proposta di un nuovo processo per la cura conservatrice della inversione dell'utero puerperale* (Atti de l'XI congresso medico internazionale Roma, 22 Marzo, 5 Aprile, 1894, vol. V, p. 236).

elle ne réussit pas incision sur la ligne médiane de toute la paroi postérieure du col et du corps de l'utérus jusqu'au fond s'il est nécessaire, et réinversion de l'organe.

4^e temps. — Suture de la plaie utérine par des points séparés.

5^e temps. — Reposition de l'utérus et fermeture de l'espace de Douglas par des points séparés.

Cet exposé très sommaire, manque complètement de détails et ce fait tient à ce que Piccoli n'a jamais eu l'occasion de pratiquer son opération sur le vivant et n'a pas publié une observation complète. En effet, Piccoli, ayant à opérer le 19 décembre 1893 une malade atteinte d'inversion utérine chronique, essaya de réinverser l'utérus par le procédé des incisions du col; il pratiqua, à cet effet, une incision de la lèvre postérieure du col. Mais la réduction étant impossible et l'état de la malade précaire, il n'osa pas prolonger l'opération et termina rapidement par une hystérectomie. La femme guérit. Ce chirurgien, ayant l'utérus extirpé en main, essaie à nouveau de réduire l'inversion et il est amené ainsi à inciser progressivement toute la paroi postérieure de l'organe jusqu'au fond et de réduire en suite l'inversion en dépliant les parois de l'utérus, au lieu de refouler le fond, comme on avait l'habitude de faire jusqu'à ce moment. De là lui vint l'idée du nouveau procédé dont nous venons d'indiquer les temps principaux.

Cette opération fut exécutée pour la première fois

en Italie par deux chirurgiens de Naples, Morisani, le 6 février 1896 et l'année suivante, le 20 juillet 1897 par Enrico Sava (1).

Malheureusement leurs travaux ne furent pas connus à l'étranger. Duret, Borelius, Pruntsi, se trouvant dans l'impossibilité de réduire des cas d'inversions utérines par le procédé de Küstner, sont obligés de prolonger l'incision de l'utérus jusqu'au vagin et jusqu'au fond de l'organe, et exécutent ainsi l'opération de Piccoli, dont ils n'avaient aucune connaissance. Borelius (2) et Pruntsi (3) opéraient le même jour, 26 mai 1898, deux malades par le même procédé sans savoir que la même opération avait été exécutée par Westermarck (4) de Stockholm un an avant eux, le 21 septembre 1897.

Dans les mêmes conditions se trouvait Duret (5) de Lille qui pratiqua cette opération pour la première fois en France, en juin 1898, et qu'il publia le mois suivant. La publication de la leçon de Duret

1. Sava E., *Un caso d'inversione cronica dell'utero operato col processo Piccoli* (Archivio di Obstetricia e Ginecologia, anno IV, 1897, Napoli, p. 587).

2. Observation publiée par Essen Möller, *Beitrag zur Behandlung der chronischen puerperalen uterus inversion* (Zentralblatt für Gynækologie, n° 46, 1898, p. 1249).

3. Pruntsi cité par Wallgren, in *Archiv für Gynækologie*, vol. LXIII, 1901, p. 637.

4. Westermarck, *Ein Fall von uterusinversion nach einer neuen Methode operiert* (Zentralblatt für Gynækologie, n° 4, 1899, p. 106). Thèse de Bonte J., Paris, 1900, n° 447.

5. H. Duret, *Des Causes d'irréductibilité dans l'inversion utérine puerpérale et leur traitement. Nouveau procédé opératoire* (Journal des Sciences Médicales de Lille, n° 23, juillet 1898, p. 25).

fut l'occasion d'une lettre et d'un article de Piccoli (1) réclamant la priorité de l'opération.

Duret (2), dans un article publié dans le *Journal des Sciences Médicales de Lille* de novembre 1898, reconnaît que la priorité de l'idée de l'incision totale de la paroi postérieure de l'utérus, pour la réduction de l'inversion utérine chronique, revient à Piccoli. Il reconnaît de même que cette opération fut pratiquée deux fois avant lui par des chirurgiens italiens, mais il démontre qu'au moment où il exécuta son opération il n'avait aucune connaissance de ces faits. Bien mieux il prouve que son opération diffère de celle de Piccoli par plusieurs points essentiels.

Nous allons emprunter à Duret la description détaillée de cette méthode et ensuite nous indiquerons les divers points par lesquels elle diffère du procédé italien.

Après antisepsie soigneuse du vagin et de la surface utérine, que l'on peut curetter au besoin, le fond de l'utérus est saisi avec une pince de Museux et attiré en dehors de la vulve.

1^{er} temps. — Incision du cul-de-sac vaginal postérieur transversale ouvrant largement le cul-de-sac de Douglas. Elle permet l'exploration facile, au doigt, de l'anneau d'inversion, de l'infundibulum et des

1. G. Piccoli, *Per la priorità del processo di colpo-isterotomia posteriore nella cura della inversione cronica dell' utero* (*Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, Napoli, anno V, 1898, p. 478).

2. H. Duret, *A propos d'une nouvelle opération conservatrice pour la cure de l'inversion utérine irréductible* (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, n° 45, nov. 1898, p. 433).

annexes ainsi que la destruction des adhérences qui peuvent exister.

2^e temps. — Incision verticale médiane de la paroi utérine faite sur l'index comme guide. — Elle part du milieu de l'incision vaginale, divise le col et la paroi utérine postérieure dans toute sa hauteur et dans toute son épaisseur.

3^e temps. — Réduction de l'inversion. Elle est faite sur place, dans le vagin ; on accroche avec les quatre derniers doigts de chaque main les deux lèvres de l'incision utérine et on les attire en dehors, puis en avant, tandis que les deux pouces placés sur la face antérieure de l'utérus, la repousse d'avant en arrière. On déplisse ainsi le corps de l'utérus et on transforme sa face péritonéale primitivement interne en externe, tandis que la surface muqueuse jusque-là externe devient interne. Les deux lèvres de la plaie utérine étant ainsi ramenées en avant, il ne reste plus qu'à les réunir par des points de suture pour reconstituer la paroi utérine.

4^e temps. — Suture de la ligne de section de l'utérus en commençant par le fond de l'organe :

a) Un plan profond, surjet au catgut musculo-muqueux très serré.

b) Un plan de sutures superficielles musculo-séreuses par des points séparés au catgut, en ayant soin que la coaptation soit aussi parfaite que possible. Il est même préférable de faire la suture de l'utérus

en deux temps : d'abord la reconstitution du corps utérin par des sutures allant du fond jusqu'au niveau de l'isthme et ne compléter cette suture qu'après réintégration de l'organe dans le pelvis. Cette pratique a l'avantage non seulement de rendre la reposition de l'utérus plus facile, mais la coaptation parfaite des lèvres du col incisé est plus aisée, ce qui élimine les chances d'ectropion ultérieur, comme dans le cas de Morisani.

5^e temps. — Reposition de l'utérus. — L'utérus se trouve alors dans le vagin le fond en bas, sa paroi postérieure regardant la paroi antérieure du vagin. Il est dans la position qu'il occupe dans l'hysterectomie vaginale lorsqu'après incision du cul-de-sac postérieur, on attire le fond et on le bascule en bas et en avant. Pour le réintégrer dans la cavité pelvienne, on n'a qu'à le faire basculer en sens inverse, de bas en haut et d'avant en arrière, et le repousser à travers la brèche du vagin. Fréquemment, cette incision n'est pas assez large pour permettre le passage de l'utérus reconstitué ; on la complètera alors par une incision sagittale longue de 3 à 4 centimètres, branchée en T sur l'incision transversale du vagin.

Il est inutile de faire cette incision d'emblée, car si elle a été nécessaire dans certains cas (Morisani, Duret) la plupart du temps l'incision transversale est suffisante.

6^e temps. — Reconstitution du col utérin par deux

plans de sutures depuis l'isthme jusqu'à l'orifice externe.

5^e temps. — Fermeture de la plaie longitudinale du vagin au catgut. La plaie transversale est laissée ouverte pour permettre le drainage du cul-de-sac de Douglas par deux drains de caoutchouc et des lanières de gaze. On tamponne ensuite le cul-de-sac postérieur du vagin à la gaze pour remédier à la tendance fâcheuse que présente l'utérus de se renverser en arrière.

Les points par lesquels le procédé de Duret diffère du procédé de Piccoli, sont les suivants :

1^o Piccoli conseille d'abaisser l'utérus avec un lien élastique. Duret exécute cette manœuvre en pinçant le fond de l'organe avec une pince de Museux.

2^o Les auteurs italiens referment l'utérus en un seul temps et par un seul plan de sutures, tandis que Duret fait une suture en deux plans, ce qui lui permet d'obtenir une coaptation parfaite. D'autre part, il pratique la fermeture de la plaie en deux temps, d'abord suture du corps jusqu'à l'isthme et après réintégration de l'organe, il complète la suture du segment inférieur de l'utérus. De cette manière, il n'y a pas de danger d'ectropion du col ;

3^o Drainage du Douglas préconisé par Duret pour empêcher la rétroversion et les adhérences au rectum.

4° Colpo-hystérotomie antérieure limitée.

Procédé de Kehrer.

En 1891, *Leonte* (1), de Bucarest, eut l'idée d'essayer la réduction d'un utérus inversé depuis six mois, après avoir pratiqué une colpotomie antérieure et incisé le col dans toute sa hauteur. Il ne réussit pas et enleva alors l'organe par hystérectomie vaginale.

Kehrer (2), le premier, pratique avec succès, en 1898, la colpo-hystérotomie antérieure comme traitement de l'inversion chronique de l'utérus. Considérant l'anneau cervical comme principal obstacle à la réduction, ce chirurgien n'attaque que le segment inférieur de l'utérus. Sans ouvrir préalablement le vagin, il incise la paroi antérieure du canal cervical depuis l'orifice externe jusqu'au niveau de l'isthme, dans toute son épaisseur. Il ouvre ainsi le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. Il réduit ensuite l'inversion et refoule l'organe dans l'abdomen par cette brèche du péritoine.

Voici comment Kehrer décrit les divers temps de son opération :

1. N. Drugesco, Inversion complète et irréductible de l'utérus. Hystérectomie vaginale. Guérison (*Consideratiuni practice asupra isterectomiei vaginale*, Bucarest, 1894, p. 64).

2. F. A. Kehrer, *Zur konservativ-operativen Behandlung der Inversio uteri*. (*Beitrag zur Geburtshilfe und Gynækologie*, I^{er}, Bd. 1898, p. 100).

1^{er} temps. — *Abaissement de l'utérus*, que l'on attire en dehors de la vulve. On le recouvre avec une petite compresse de gaze et on le confie à un aide qui le maintient en bas et en arrière, de manière à bien exposer toute sa face antérieure.

2^e temps. — *Incision verticale et médiane de la paroi utérine antérieure*, jusqu'au niveau du diverticule péritonéal. Cette incision commence à l'orifice cervical externe et s'arrête un peu au-dessus de l'isthme ; elle intéresse toute l'épaisseur de la paroi, et son extrémité supérieure ouvre le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.

3^e temps. — *Rédaction de l'inversion*. Avec le doigt, placé à l'union de la paroi postérieure du fond et de l'utérus, on refoule cette paroi en doigt de gant, en la repoussant de bas en haut et d'arrière en avant, de façon à la faire passer par la brèche utérine antérieure. Cette manœuvre est exécutée ainsi jusqu'à ce que l'extrémité supérieure de l'incision commence à s'inverser aussi.

4^e temps. — *Suture de la plaie utérine*. A ce moment on commence à poser les points de suture. Des points séparés, comprenant toute l'épaisseur de la paroi, sont placés de telle manière que leur anse embrasse la face péritonéale de l'utérus. Au fur et à mesure que l'organe est réinversé, des fils sont placés depuis l'extrémité supérieure de l'incision jusqu'au niveau de l'insertion du vagin. Ils ne seront serrés et noués qu'après la réintégration de l'organe dans l'abdomen.

5° temps. — *Reposition de l'utérus dans la cavité pelvienne.* Les deux lèvres de l'incision sont saisies avec des pinces près de leur extrémité inférieure et écartées autant que possible. Pendant que l'on exerce des tractions sur les pinces, le corps de l'utérus est refoulé en haut dans la cavité pelvienne à travers la brèche du péritoine.

6° temps. — L'utérus étant refoulé dans l'abdomen, on serre et on noue les fils de suture déjà posés et on complète la suture de la portion vaginale du col. Les nœuds se trouvent dans la cavité utérine.

7° temps. — Tamponnement à la gaze de la cavité utérine. Il ne sera enlevé que le deuxième ou le troisième jour.

5° *Colpo-hystérotomie antérieure totale.*
Procédé de Spinelli-Oui.

En 1899, Spinelli modifie l'opération de Kehrer; ce chirurgien démontre qu'en incisant d'abord le cul-de-sac vaginal antérieur transversalement on ouvre largement le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, ce qui permet l'exploration de l'infundibulum d'inversion et facilite la réintégration de l'organe après la réduction de l'inversion. De plus, Spinelli incise la paroi utérine dans toute son étendue, depuis l'orifice externe jusqu'au fond; il fait ensuite la réduction de l'inversion dans le vagin en dépliant

l'organe, et suture la plaie avant de remettre l'utérus en place.

Par ce procédé, Spinelli eut la plus grande satisfaction dans un cas d'inversion utérine datant de deux ans.

L'année suivante, le professeur Oui, sans avoir connaissance de l'observation de Spinelli, exécute deux fois, avec autant de succès la colpo-hystérotomie antérieure totale, et présente son procédé au Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie tenu à Nantes en septembre 1901.

M. Oui décrit son opération, qui ne diffère en rien de l'opération de Spinelli, de la manière suivante :

1^{er} temps : Incision 'du cul-de-sac antérieur, — L'utérus est attiré hors de la vulve. Juste au-dessus de la limite d'insertion du vagin, facile à reconnaître par la vue et par le palper, on fait une incision semi-circulaire, ouvrant le cul-de-sac antérieur. Cette incision est *très large*, de façon à ne pas gêner la réintégration de l'organe dans la cavité abdominale.

2^e temps : Exploration digitale de l'infundibulum d'inversion. — S'assurer qu'il ne contient aucun organe (vessie, intestin) susceptible d'être lésé par l'incision de l'utérus.

3^e temps : Incision de l'utérus. — Aux ciseaux, glissés sur le doigt conducteur ; incision longitudinale et médiane, de toute la paroi utérine antérieure et dans toute sa hauteur, depuis l'orifice jusqu'au fond.

4^e temps : Réduction de l'inversion. — On étale l'utérus. Les pouces appliqués sur la paroi postérieure, les index saisissent les lèvres de l'incision utérine et les attirent en dehors. En continuant ce mouvement on les replie de façon que le retournement soit complet. Le fond de l'utérus est alors en bas et en avant et le col se trouve en haut et en arrière.

5^e temps : Suture du corps utérin. — Un plan de points séparés au catgut, espacés d'un centimètre et comprenant toute la paroi utérine (séreuse et muscle) sauf la muqueuse. Dans l'intervalle de ces points, points séparés superficiels comprenant la séreuse et la couche musculaire superficielle, pour parfaire l'affrontement du péritoine.

6^e temps : Réintégration de l'utérus. — On repousse, par pressions modérées, le fond de l'utérus en haut et en arrière, il s'engage dans la plaie vaginale, puis il franchit l'ouverture du cul-de-sac antérieur.

7^e temps : Sutures du col. — Trois ou quatre points au catgut, comprenant toute l'épaisseur de la paroi suffisent pour réaliser un affrontement parfait.

8^e temps : Drainage du cul-de-sac antérieur. — Deux ou trois points de suture rétrécissent la plaie vaginale, puis une petite mèche iodoformée est glissée dans le cul-de-sac vésico-utérin. Tamponnement modéré du vagin à la gaze iodoformée.

Trois jours après l'opération, on enlève la mèche drainante et on fait un nouveau tamponnement vaginal.

Procédés opératoires par la voie abdominale

C'est à Gaillard Thomas que revient l'honneur de la première laparotomie comme traitement de l'inversion utérine ancienne. Thomas, considérant le collet du sac d'inversion comme unique obstacle au refoulement du corps inversé, cherche un procédé efficace pour le dilater pendant qu'il exercerait les manœuvres de taxis. Plus audacieux que les autres chirurgiens de son temps, il n'hésite pas à ouvrir l'abdomen et à s'attaquer directement à l'anneau constricteur qu'il dilate avec un dilatateur en acier. La première observation remonte à 1869, nous l'avons reproduite (obs. LXVII) d'après Denucé parce qu'elle nous donne la description du *procédé de Gaillard-Thomas*.

Dans ce cas, malgré l'hémorragie qui succède à une première intervention vaginale, malgré la déchirure du cul-de-sac vaginal antérieur pendant les manœuvres de taxis et des phénomènes septiques que présente la malade pendant les jours qui suivirent l'opération, le succès fut complet.

Non seulement la réduction parut très facile à Thomas, mais la femme a très bien guéri. L'année suivante ce chirurgien a l'occasion de remettre en

pratique son procédé dans un cas d'inversion chronique. Comme dans son premier cas il obtient la réduction très facilement, mais sa malade meurt quarante-huit heures après l'opération des suites d'une péritonite généralisée.

Ce résultat malheureux n'était pas fait pour encourager les chirurgiens de ce temps, et jusqu'en 1883, lorsque Denucé publie son *Traité clinique de l'inversion utérine*, Thomas n'avait pas trouvé d'imitateurs. Denucé lui-même n'accordait aucun crédit au procédé de Thomas qu'il vouait à l'oubli.

Avec l'aire de l'asepsie moderne, la technique de cette intervention se perfectionne, et nous voyons alors l'opération de Thomas à l'origine de plusieurs procédés de réduction qui ont fait leurs preuves.

Nous donnons ci-dessous la technique de Thomas et nous indiquerons ensuite les modifications qu'elle a subi pour donner naissance aux procédés modernes.

1^{er} temps. — Laparotomie médiane sous ombilicale. Incision de 5 à 6 centimètres. Ouverture du péritoine.

2^e temps. — Une main introduite dans le vagin repousse l'utérus inversé en haut et en avant aussi loin que possible, de manière que l'anneau constricteur arrive dans la plaie abdominale.

3^e temps. — Dilatation de l'anneau cervical avec un dilateur en acier. Cette dilatation lente et soutenue est poussée aussi loin que possible.

4° temps. — Refoulement du corps inversé. Pendant que la dilabation est poussée jusqu'aux dernières limites, la main du chirurgien restée dans le vagin pratique les manœuvres habituelles de taxis.

De cette manière, le dilatateur de Thomas servait non seulement à la dilatation de l'orifice de l'infundibulum, mais c'était un excellent moyen de fixation de cet anneau ; il supprime donc encore un obstacle à la réduction.

5° temps. — Suture de la paroi abdominale.

En 1885 Malins et en 1888 Mundé, dans des cas d'inversions anciennes, pratiquent l'opération de Thomas et ils échouent. Malins arrive à dilater l'anneau, mais il ne peut obtenir la réduction par refoulement. Quant à Mundé il ne peut même pas dilater l'anneau constricteur. Les deux chirurgiens espérant obtenir la réduction en exerçant des tractions sur le fond de l'organe, passent un fil en U dans le parenchyme utérin. L'anse de ce fil se trouve dans le vagin et elle enchâsse une portion du fond de l'utérus. Pour protéger le parenchyme utérin contre la blessure que pourrait produire le fil, Malins interpose entre l'anse du fil et l'utérus un bouton ; Mundé emploie un drain de caoutchouc. Ce procédé échoue dans les mains de ces deux chirurgiens qui se voient obligés de terminer leur opération par des hystérectomies vaginales. Plus tard, en 1900, Brennan réussit par cette méthode à réduire une inversion datant de

quatorze jours ; l'année suivante, dans un deuxième cas, il obtient encore la réduction par ce procédé, mais sa malade meurt.

En 1891, d'Antona, dans un cas d'inversion utérine datant de trois ans et huit mois, pratique l'opération de Thomas, il essaie vainement la dilatation digitale et instrumentale, et se décide alors à débrider l'anneau en avant par une incision de 2 centimètres de long. Pendant les manœuvres de refoulement du corps utérin par le vagin, l'incision se propage par déchirure jusqu'à l'insertion du vagin qu'elle entame même. La réduction est obtenue, la plaie suturée, l'utérus fixé à la paroi. La femme guérit.

Cosentino en 1892 modifie encore le procédé de Thomas et il pratique, dans un cas d'inversion datant de sept ans, après la dilatation digitale de l'orifice, des tractions avec des pinces sur les ligaments ronds et les trompes. Il obtient ainsi la réduction. Ce chirurgien a eu l'occasion d'exécuter son procédé avec le même succès dans un second cas que nous n'avons pu retrouver.

Mais la variante la plus importante à la méthode de G. Thomas est celle que Everke a proposée et exécutée en 1889. Everke renonce à la dilatation de l'anneau et propose son débridement par deux incisions, une du bord antérieur, l'autre du bord postérieur. Puis la réduction est obtenue en refoulant l'utérus par le vagin.

Comme Everke, Haultain, dans 3 cas, donne la préférence à la voie haute et obtient la réduction

après avoir incisé l'anneau constricteur ; mais il ne débride que le bord postérieur.

Voici comment Nicoll Haultain (1) décrit son procédé auquel il donne le nom d'*Hystérotomie abdominale*.

« Après désinfection habituelle de la peau de l'abdomen, et du vagin, on incise la paroi abdominale sur la ligne médiane sous-ombilicale. L'abdomen étant ouvert, on aperçoit alors l'orifice de l'infundibulum d'inversion représenté par un trait étroit transversal. Une pince ordinaire est introduite dans l'infundibulum et ouverte aussi largement que possible ; cette manœuvre permet de détruire les adhérences péritonéales qui peuvent exister au fond du sac. Les deux ligaments ronds qui descendent dans le sac d'inversion sont saisis avec des pinces de Kocher et attirés en haut et en avant, pendant qu'un aide repousse l'utérus par le vagin. On voit alors apparaître un anneau épais constitué par la paroi utérine. Une incision de 1 cm. 1/2 environ du bord postérieur de cet anneau, intéressant toute l'épaisseur de la paroi utérine, suffit pour faciliter la réduction en refoulant l'utérus par le vagin. »

Suture de la paroi utérine par trois points profonds à la soie ou au catgut chromé ; points superficiels sur la séreuse, au catgut, à la Lambert.

1. N. Haultain, *Proceedings of the Royal Society of medicine* July 1908, p. 279.

Tableau des incisions du col utérin

NUMÉRO D'ORDRE	NUMÉRO	DE L'OBSERVATION	AUTEURS	ANNÉE	DE L'OPÉRATION	AGE	PARITÉ	ANTÉCÉDENTS	OBSTÉTRICAUX	DERNIER	ACCOCHEMENT	DÉLIVRANCE	INVERSION	TRAITEMENT	REMARQUES
1	13		H. Duret.	1894	25	I	»	»	»	Forceps.		Tractions sur le cordon.	Quatre mois	Incision du col et de l'isthme en avant.	Échec. Hystérectomie vaginale. Guérison.
2	14		B. C. Hirst.	1899	19	I	»	»	»	Normal.		Extraction manuelle.	Quatre mois	Incision sur la ligne médiane postérieure, jusqu'à l'isthme sans ouvrir le péritoine.	Réduction. Guérison.
3	15		H. Fresson.	1900	»	M	»	»	»	Normal.		?	Onze mois	Deux incisions latérales, sectionnant la portion sous-vaginale du col, prolongées ensuite sur le corps jusqu'au niveau de l'isthme. Fixation du col avec deux pinces de chaque côté.	Réduction. Guérison. On n'a pas suturé le col pour permettre un drainage plus large.
4	16		C. H. Hare.	1905	40	M	6 accouch. 2 avortem.			Normal.		Spontanée	?	Incision postérieure du col sans ouvrir le péritoine.	Réduction. Guérison.

CHAPITRE V

CRITIQUE DES MÉTHODES DE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'INVERSION UTÉRINE RÉCENTE ET ANCIENNE D'ORIGINE PUERPÉRALE

Nous n'avons pu relever dans la littérature médicale que 4 cas où la réduction de l'utérus inversé fut essayée par le procédé des incisions cervicales. Cependant ces observations sont instructives, puisque avec une incision intéressant seulement le col et mordant à peine sur le corps nous notons trois succès sur 4 cas.

Ces résultats nous amènent à conclure que :

a) Dans certains cas on pourra obtenir une réduction sanglante à peu de frais ;

b) Cette intervention si elle est insuffisante constituera le premier temps d'une section qu'on complètera en la prolongeant vers le fond. C'est dire que nous renonçons à la technique de Fresson, qui, si elle échoue, nous force à recourir à l'amputation de l'organe.

Tableau des Colpo-hystérotomies postérieures

NUMÉRO D'ORDRE	NUMÉRO DE L'OBSERVATION	AUTEURS	ANNÉE DE L'OPÉRATION	ÂGE	PARITÉ	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX	DERNIER ACCOUCHEMENT	DÉLIVRANCE	INVERSION	TRAITEMENT	RÉSULTATS	REMARQUES	GESTATION ULTÉRIEURE
1	17	Otto Küstner.	1893	19	I	»	Normal.	Tractions sur le cordon.	Six mois et onze jours.	Küstner I.	Guérison.	»	Gestation d'accouchement en 1896, morte quatre jours après de (P).
2	18	Robb.	1894	»	»	»	»	»	Chronique	Küstner I.	Guérison.	»	»
3	19	W. Netzel.	1896	31	M	Cinq accouchements.	»	»	Sept mois et demi.	Küstner I.	Guérison.	»	»
4	20	C. D. Josephson.	1895	42	I	»	»	»	Dix-sept ans.	Küstner I.	Echec.	Hystérectomie vaginale. Guérison.	»
5	21	Salin.	1896	27	M	Deux accouchements.	»	»	Trois mois et demi.	Küstner I.	Echec.	Hystérectomie vaginale. Guérison.	»
6	22	H. Switalski.	1897	36	M	Cinq accouchements.	Avortement cinq mois.	Expulsion spontanée.	?	Küstner I.	Guérison.	»	»
7	23	W. Perlis.	1898	35	M	Deux accouchements.	»	»	Quelques semaines.	Küstner I.	Guérison.	»	»

8	24	J. W. Struthers.	1899	»	»	»	Onze mois.	Küstner I.	Guérison.	»
9	25	O. Küstner.	1900	33	M	Six accou- chements.	Normal.	Tractions sur le cordon.	Quatre mois.	Küstner II. Guérison.
10	26	F. Hue.	1900	19 1/2	I	»	Forceps.	Normale.	Trois mois.	Küstner mo- difié. Incision du col
11	27	K. Konietzny.	1901	39	M	Six accou- chements.	Normal.	Extraction manuelle.	Seize mois.	Küstner II. Guérison.
12	28	A. Keilmann.	1902	23	I	»	Normal.	Tractions sur le cordon.	Deux mois et demi.	Küstner mo- difié. Incision uté- rine pro- longée jus- qu'au va- gin, en haut elle se prolonge par déchî- rure.
13	29	A. Dienst.	1902	31	M	»	Normal.	Expression	Sept mois.	Küstner. Guérison.
14	30	K. Konietzny.	1902	31	M	Deux ac- couche- ments.	Normal.	Crédé.	Six mois et demi.	Küstner II. Guérison.
15	31	H. Thomson.	1904	21	I	»	Normal.	Spontanée.	Quatorze mois.	Küstner II Guérison.
16	32	J. H. Ferguson.	32	I	»	»	Forceps.	Expression	Deux mois.	Küstner. Echec.
17	33	Morisani.	1896	25	I	»	Normal.	Tractions sur le cordon.	Sept ans.	Piccoli. Guérison.

Tableau des Colpo-hystérotomies postérieures (suite)

NUMÉRO D'ORDRE	NUMÉRO	AUTEURS	ANNÉE	DE L'OPÉRATION	ÂGE	PARITÉ	ANTÉCÉDENTS	DERNIER ACCOUCHEMENT	DÉLIVRANCE	INVERSION	TRAITEMENT	RÉSULTATS	REMARQUES	GESTATION ULTÉRIEURE
18	34	E. Sava.	1897	17	I	»	Normal.	Tractions sur le cordon.	Trois mois.	Piccoli.	Guérison.	»	»	»
19	35	E. Westermack.	1897	26	I	»	Normal.	Crédé.	Un an.	Piccoli.	Guérison.	»	»	Revue en état de gestation au cours du deuxième mois.
20	36	Essen-Moller (Bore- lius).	1898	30	I	»	Normal.	Spontanée.	Six mois et demi.	Küstner. Piccoli.	Echec. Guérison.	»	»	»
21	37	Pruntis.	1898	41	M	Cinq ac- couchements, deux a- vortements.	Normal. Sans assis- tance.	Spontanée.	Quatre mois et demi.	Küstner. Piccoli.	Echec. Guérison.	»	»	»
22	38	Duret.	1898	22	I	»	»	Tractions sur le cordon.	Six mois	Küstner. Piccoli.	Echec. Guérison.	»	»	Gestation nor- male. Accouchement normal 1900. Délivrance artificielle.
23	38	Borelius-Graeve.	1899	33	I	»	Normal.	Tractions sur le cordon.	Trois mois et demi.	Incision du col. Piccoli	Echec. Guérison.	»	»	»

25	40	Drantzin von Ott.	1901	»	»	»	»	»	Chronique	Piccoli.	Guérison.	»	»
26	43	H. Born.	1901	25	I	»	Normal.	Déivrance artificielle.	Quatre ans huit mois.	Piccoli.	Guérison.	Utérus en rétrover- sion.	Accouchement à terme en 1906 sans incident.
27	43	Schulze-Vellinghau- sen.	1902	26	I	»	Normal.	Expression et trac- tions.	Deux mois et demi.	Piccoli.	Guérison.	»	»
28	44	J. Gmeiner.	1903	17	I	»	Avorte- ment cours du cinq- mois.	?	Trois mois	Küster. Piccoli.	Echec. Guérison.	Rétroflexion extrême.	»
29	45	Römholtz.	1904	»	M	?	Normal.	?	Six mois.	Piccoli.	Guérison.	»	Gestation, sui- tes (?).
30	46	G. Heinrichs.	1904	34	M	Un accou- chement.	Normal.	?	Vingt-sept jours.	Piccoli.	Guérison.	Utérus fixé en rétro- version.	5 ans après pas de règles.
31	47	Von Neugebauer.	1906	19	I	»	Normal.	Tractions et expres- sion.	Sept mois.	Piccoli.	Guérison.	»	»
32	48	M. Weiss.	1907	26	M	Deux ac- couch- ements.	Forceps.	?	Huit mois.	Piccoli.	Guérison.	»	»
33	49	Blanc.	1909	36	I	»	Normal.	Tractions sur le cordon.	Plusieurs années.	Piccoli.	Réduction.	Morte de péritonite généralisée, les su- tures utérines ayant cédé.	»
34	50	E. Staly.	1909	29	M	Deux ac- couch- ements.	Version par ma- nières internes.	?	Deux ans, quatre mois.	Piccoli.	Guérison.	»	»

Tableau des Colpo-hystérotomies postérieures (suite)

NUMÉRO D'ORDRE	NUMÉRO DE L'OBSERVATION	AUTEURS	ANNÉE DE L'OPÉRATION	ÂGE	PARITÉ	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX	DERNIER ACCOUCHEMENT	DÉLIVRANCE	INVERSION	TRAITEMENT	RÉSULTAT	REMARQUES
35	51	Schockaert.	1909	19	I	»	Normal.	Tractions sur le cordon.	Trois mois et demi.	Piccoli.	Guérison.	»
36	52	Polosson.	1909	27	I	»	Normal.	Tractions sur le cordon.	Cinq mois.	Piccoli.	Guérison.	»
37	53	R. E. Davison.	1909	28	M	Premier avortement, sept semaines. Deuxième accouchement, forceps.	Forceps.	»	Deux mois.	Piccoli.	Guérison.	Utérus en rétroversion.
38	54	Blanc.	1910	32	M	»	Normal.	Tractions sur le cordon.	Quatorze mois.	Piccoli.	Guérison.	»
39	55	M. Lemaire	1910	23	I	»	Forceps.	Tractions légères sur le cordon.	Onze mois.	Piccoli.	Echoue.	Hystérectomie vaginale. Guérison.
40	56	Sztejner-Slaski.	1911	24	I	»	»	»	Un an.	Piccoli.	Guérison.	»
41	57	M. Weiss	1911	22	M	Deux avortements, un accouchement.	Normal.	Tractions sur le cordon.	Neuf mois.	Piccoli.	Guérison.	»

A. — *Colpo-hystérotomie postérieure partielle.* —

Nous n'avons pu recueillir que 20 observations d'inversions utérines traitées par la méthode de Küstner. Sur les 20 cas nous trouvons 11 succès, soit une proportion de 55 0/0, et 9 cas d'échecs, soit 45 0/0.

Voici le détail de ces 9 cas où la réduction par la méthode de Küstner échoua ;

Dans 3 cas (Josephson, Salin, Fergusson) la réduction fut impossible et on a dû terminer par l'hystérectomie vaginale. Les trois malades ont guéri.

Six fois la section du corps utérin étant insuffisante fut complétée par une incision cervicale. La guérison fut obtenue dans ces conditions dans 1 cas (Hue). Dans un second cas les tentatives de réduction déterminèrent une déchirure qui propageait l'incision primitive jusqu'au fond de l'utérus (cas de Keilmann). Suture. Guérison. Tandis que dans les 4 autres cas on a dû recourir de propos délibéré à la colpo-hystérotomie totale, opération de Piccoli-Duret. Ces 4 observations (Borelius, Prunsi, Duret et Gmeiner) nous les retrouverons parmi les observations de colpo-hystérotomie postérieure totale.

B. — *Colpo-hystérotomie postérieure totale.* —

Du tableau que nous donnons ressort cette notion très nette que l'opération de Piccoli est pleinement satisfaisante, puisque dans 25 cas on enregistre 23 succès (soit 96 0/0). Deux fois le procédé échoua et l'on dut recourir dans 1 cas (Lemaire, obs. LV) à

l'hystérectomie vaginale, l'irréductibilité étant invincible. Le deuxième cas ne saurait être retenu à la charge de la méthode, puisque la mort a été consécutive à une péritonite par suture défectueuse (cas de Blanc, obs. XLIX).

Sur les 23 cas traités avec succès par cette méthode, on a constaté ultérieurement huit fois la rétro-déviation de l'utérus.

Tableau des Colpo-hystérotomies antérieures

NUMÉRO D'ORDRE	NUMÉRO DE L'OBSERVATION	AUTEURS	ANNÉE DE L'OPÉRATION	ÂGE	PARTIE	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX	DERNIER ACCOUCHEMENT	DÉLIVRANCE	INVERSION	TRAITEMENT	RÉSULTATS	REMARQUES
1	58	Drugesco-(Leonte).	1891	24	M	Un avortement. Un accouchement. Application de forceps.	Forceps.	»	Six mois.	Incision du cul-de-sac vaginal antérieur. Incision du col dans toute sa hauteur.	Echec. Hystérectomie vaginale.	Guérison.
2	59	F. A. Kehrer.	1898	»	I	»	Normal.	Expression et tractions sur le cordon.	Six mois et demi.	Kehrer. Colpo-hystérotomie antérieure partielle.	Réduction.	Guérison.
3	60	O. Von Herff.	1906	25	M	Premier forceps.	Normal.	Extraction manuelle.	Cinq mois.	Kehrer. Incision utérine va tout près du fond.	Réduction.	Guérison.
4	61	G. Spinelli.	1899	»	»	»	»	»	Quatre ans	Colpo-hystérotomie antérieure totale. Spinelli. Réduction par déplissement dans le vagin. Hystéropexie	Réduction.	Guérison.

6	63	W. Thorn.	1900	31	»	»	Forceps.	Expression Aussitôt après l'extrac- tion du fœtus le fond de l'utérus se dépri- meil res- semble à un utérus bicorne.	Cinq mois.	Kehrer. Colpo-hysté- rotomie antérieure totale.	Echoue. Réduction.	Guérison.
7	64	G. Gayet.	1901	24	I	»	Normal.	»	Treize mois	Colpo-hysté- rotomie antérieure totale.	Réduction.	Guérison.
8	65	R. Pétersen.	1903	»	»	»	»	»	Seize mois.	Spinelli.	Réduction.	Guérison.
9	66	R. Pétersen.	1904	34	I	»	»	»	Douze ans et demi.	Spinelli. Résection de la muqueu- se sur les bords de la plaie parce qu'elle fait ectropion.	Réduction	Guérison, utérus en position normale.

a) *Colpo-hystérotomies antérieure limitée.* — De ce tableau ressort que le procédé de Kehrer, extrêmement compliqué et difficile, ne fut exécuté avec succès que par l'auteur, dans 1 cas d'inversion datant de six mois et demi. Le cas de von Herff (obs. LX) peut être considéré comme un demi-succès, puisque ce chirurgien fut obligé de prolonger l'incision presque jusqu'au fond de l'utérus, pour pouvoir réduire l'inversion. Dans le cas de W. Thorn (obs. LXIII) l'insuccès fut complet et le chirurgien dut recourir à la colpo-hystérotomie antérieure totale, opération de Spinelli-Oui. Dans le cas de Léonte l'échec fut complet, et il termina par l'hystérectomie vaginale.

b) *Colpo-hystérotomies antérieures totales.* — Si nous considérons à présent les cas de colpo-hystérotomie antérieure totale, nous constatons que sur 6 cas opérés par la méthode de Spinelli-Oui, il y a eu 6 succès. Cette opération paraît très séduisante.

De l'ensemble des opérations conservatrices pratiquées par la voie basse, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Que le procédé de Kehrer doit être écarté non pas pour son inefficacité insuffisamment démontrée, mais parce qu'il est très compliqué et d'une exécution difficile ;

2° Que l'opération de Küstner est de toutes la

moins satisfaisante, puisqu'elle ne réussit qu'une fois sur deux ; d'autres procédés nous donnent d'emblée des résultats bien supérieurs ;

3^o Que l'opération de Spinelli-Oui est pleinement séduisante. Elle peut soutenir la comparaison avec la colpo-hystérotomie postérieure totale de Piccoli-Duret, qui porte sur un nombre de cas considérable et qui nous donne une proportion de succès de près de 100 0/0.

En effet, si nous faisons abstraction du cas de Lemaire où l'utérus était tellement dur, sclérosé que toute tentative de réduction fut inutile, nous voyons que les résultats immédiats sont aussi brillants par une méthode que par l'autre.

Mais si nous considérons les résultats éloignés, nous constatons que sur les 23 cas traités avec succès par la colpohystérotomie postérieure de Piccoli-Duret, huit fois on a constaté une rétro-déviations de l'organe et deux fois il était fixé en cette position par des adhérences. Au contraire dans les cas opérés par la méthode de Spinelli-Oui, le déplacement de l'utérus n'a jamais été signalé.

Il nous faut donc conclure avec Spinelli, que la laxité des ligaments n'est pas l'unique cause des rétro-déviations signalées, et qu'il faut attribuer une certaine influence à l'adhérence cicatricielle de l'utérus, au niveau de la ligne des sutures, avec le péritoine du cul-de-sac de Douglas. Cette rétro-déviations de l'utérus n'est pas sans inconvénients et peut

même constituer un danger pour une gestation ultérieure.

Le reproche s'adresse d'ailleurs également à l'opération de Küstner, où sur les 11 cas de succès, nous constatons une rétro-version post-opératoire (cas de Konietzny).

D'après le professeur Oui, la facilité d'exécution est en faveur de la colpohystérotomie antérieure. Sans exagérer, comme le fait Kehrer qui dit que « dans la colpohystérotomie postérieure on travaille dans le noir », il faut reconnaître que le cul-de-sac vaginal antérieur, moins profond et mieux exposé est plus facilement accessible.

Le seul reproche que l'on puisse adresser à l'opération de Spinelli-Oui, c'est le danger de blesser la vessie au moment de l'incision du cul-de-sac vaginal. D'après Oui, d'une part dans la presque totalité des cas, la vessie est complètement décollée de l'utérus, par conséquent éloignée du champ opératoire ; d'autre part l'exploration digitale de l'infundibulum, qui doit toujours précéder l'incision de l'utérus, met absolument à l'abri de cet accident.

4° Une autre constatation que nous ne devons pas passer sous silence, c'est que dans le plus grand nombre de cas d'inversions utérines chroniques, où la réduction a été obtenue par des procédés vaginaux, ce fut grâce à des méthodes se basant sur le même principe, l'incision de la paroi utérine dans toute sa hauteur. M. Oui pense que cette longue incision ne compromet nullement la solidité de la

paroi utérine au cas de gestation ultérieure. Malheureusement, nous manquons de renseignements précis à ce propos.

Nous avons constaté sur un total de 45 cas de colpohystérotomie, postérieure (Küstner et Piccoli-Duret) neuf gestations ultérieures. Dans 4 cas, les gestations furent normales comme évolution et comme terminaison. Deux fois on a dû pratiquer la délivrance artificielle parce que le placenta était adhérent et qu'il y avait eu hémorragie. Deux femmes furent vues en état de gestation qui évoluait normalement ; on n'a aucun renseignement sur les accouchements.

Enfin, Keilmann, qui s'est livré à une enquête à ce propos, rapporte que la femme qui fut opérée par Küstner en 1893 est accouchée en 1896 d'un enfant vivant. Cette femme est morte le quatrième jour après son accouchement. Si l'on n'a pu recueillir des renseignements précis sur la mort de cette femme, il n'a pas été difficile de savoir qu'elle a présenté des phénomènes très graves, dès son accouchement et jusqu'au dernier jour. Ces faits nous font penser plutôt à la possibilité d'une rupture utérine, que d'attribuer, comme Keilmann, la mort à la septicémie. Ce cas malheureux est insuffisant pour nous permettre de juger la conduite à tenir dans les gestations ultérieures, chez les femmes ayant subi une hystérotomie pour inversion utérine. En tout cas ces femmes doivent être l'objet d'une surveillance toute spéciale, au cours de leurs gestations.

(Voir tableau page suiv.)

Tableau des laparotomies

NUMÉRO D'ORDRE	NUMÉRO DE L'OBSERVATION	AUTEURS	DATE DE L'OPÉRATION OU DE LA PUBLICATION	AGE	PARITÉ	ANTÉCÉDENTS	OBSTÉTRICAUX	DERNIER ACCOCHEMENT	DÉLIVRANCE	INVERSION	TRAITEMENT	RÉSULTAT	REMARQUES	GESTATION ULTÉRIEURE
1	57	G. Thomas.	1869	»	»	»	»	»	»	Chronique	Laparotomie Dilatation pince.	Réduction.	Guérison.	
2	68	G. Thomas.	1870	23	»	»	»	»	»	Chronique	Laparotomie Dilatation avec pince.	Réduction.	Morte de péritonite généralisée.	
3	69	d'Antona.	1891	25	M	»	»	»	»	Trois ans, huit mois	Laparotomie Dilatation avec pince de Billroth. Incision antérieure de l'an- neau. Hys- téropexie.	Réduction d'inci- sion an- tériore prolon- gée par déchi- rure.	Guérison.	
4	70	G. Cosentino.	1892	30	I	»	»	Normal.	Tractions sur le cordon.	Sept ans.	Laparotomie Dilatation digitale. Tractions sur les li- gaments ronds et les trom- pes avec des pinces. Réfoulo-	Réduction deux pe- tites la- cérations du péri- toine sont su- turées.	Guérison	

6	72	Everke.	1889	»	I	»	»	Treize ans.	Laparotomie Incision antérieure de l'anneau. Incision position postérieure.	Réduction. Guérison.	Dilatation digitale. Refoulement vaginal.
7	73	W.-H. Skene.	1895	20	I	»	Forceps.	Sept mois.	Laparotomie Dilatation digitale. Tractions avec un crochet implanté dans le fond de l'utérus.	Réduction. Péritoine lacéré en plusieurs poils. Guérison.	
8	74	G. Spinelli.	1900	»	»	»	»	Neuf mois.	Laparotomie Dilatation au dilateur d'Auvard. Réduction. Méthode de Cosen-tino.	Echec. Les trompes et ligaments se rompent. Ablation des annexes, ensuite hystérectomie vaginale. Guérison.	
9	75	M. T. Brennan.	1900	30	I	»	Forceps.	Quatorze jours.	Laparotomie Incision postérieure de l'anneau Tractions avec des pinces sur les lèvres de l'incision.	Réduction. Guérison.	

Tableau des laparotomies (suite)

NUMÉRO D'ORDRE	NUMÉRO DE L'OBSERVATION	AUTEURS	DATE DE L'OPÉRATION	ÂGE	PARITÉ	ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX	DERNIER ACCOUCHEMENT	DÉLIVRANCE	INVERSION	TRAITEMENT	RÉSULTAT	REMARQUES	GESTATION ULTÉRIEURE
10	76	M. T. Brennan	1901	»	»	»	»	»	»	Laparotomie Même procédé.	Réduction.	Morte d'infection puerpérale préexistante.	
11	77	F. W. N. Haultain.	1901	24	M	»	»	Tractions sur le cordon.	Neuf mois	Laparotomie Incision bord postérieur de l'anneau.	Réduction.	Guérison.	Deux gestations consécutives terminées à terme.
12	78	F. Gross.	1900	20	I	»	»	Spontanée. Extraction manuelle de débris placentaires.	Deux mois et demi.	Laparotomie Dilatation avec écarteurs de Farabeuf. Refoulement par le vagin Hystéropexie.	Réduction. Petites déchirures du péritoine	Guérison.	
13	79	E. Vignard.	1902	30	M	»	»	»	Trois mois.	Laparotomie Débridement postérieur. Déchirure Prolonge incision jusqu'au fond de l'utérus.	Réduction. Raccourcissement des ligaments ronds.	Guérison.	

14	80	Cushing.	1902	25	I	»	»	Quatorze mois.	Laparotomie Dilatation de l'an- neau (Sims). Refoule- ment vagi- nal. Hys- téropexie.	Réduction.	Guérison.
15	81	E. Nuñez.	1903	27	M	?	Normal.	Deux mois et demi.	Laparotomie Incision postérieu- re anneau 1 cm. 1/2. Refoule- ment avec le doigt passé par la brèche postérieu- re.	Réduction.	Guérison.
16	82	Williams.	1905	21	I	»	Forceps.	Quelques jours.	Laparotomie Incision de l'an- neau. Re- foulement vaginal.	Réduction.	Guérison.
17	83	A. H. F. Barbour.	1905	37	M	Deux for- ceps. Bassin rétréci juste mi- nor.	Forceps. Enfant mort.	Six mois.	Laparotomie Incision bord pos- térieur qui se prolon- ge par dé- chirure. Dégéné- rescence graisseuse	Réduction. Hysté- rectomie abdomi- nale sub- totale.	Guérison.

Tableau des laparotomies (suite)

NUMÉRO D'ORDRE	DE L'OBSERVATION	AUTEURS	DATE DE L'OPÉRATION	AGE	PARITÉ	ANTÉCÉDENTS	OBSTÉTRICAUX	DERNIER ACCOUCHEMENT	DÉLIVRANCE	INVERSION	TRAITEMENT	RÉSULTAT	REMARQUES	GESTATION ULTÉRIEURE
18	84	E. Gross.	1907	23	I	»	»	Forceps.	Crédé et tractions sur le cordon.	Six mois.	Küstner. Laparotomie destructive de la tumeur adhésive. Incision postérieure de l'anneau. Tractions sur les bords de l'incision. Légère déchirure.	Echec. Adhérences. Réduction.	Guérison. Anesthésie : Novocaïne - adrénaline intra-rachidienne et scopolamine-morphine sous-cutanée	
19	85	F. W. N. Haultain.	1908	21	I	»	»	»	Tractions cordon.	Vingt et un mois.	Laparotomie Hystérotomie.	Réduction.	Guérison.	Accouchement à terme. Enfant vivant.
20	86	F. W. N. Haultain.	1908	24	I	»	»	»	»	Onze mois.	Laparotomie Hystérotomie. Ablation d'un kyste parovarien.	Réduction.	Guérison.	
21	87	M. C. Fournier.	1908	?	?	»	»	Forceps.	»	Sept mois.	Laparotomie	Echec.	Hystérectomie.	

22	88	A. Couvelaire.	1910	23	I	»	Forceps.	?	Soixante-dix-huit jours.	Laparotomie Dilatation avec bou- gies de Hé- gar. Inci- sion posté- rieure de l'anneau.	Réduction après dé- chirure jusqu'au fond.	Hystérectomie. Guérison.
23	89	M. Fasano.	1910	17	I	»	Normal.	?	Quatorze mois.	Laparotomie Nombreu- ses adhé- rences très friables.	Echec.	Hystérectomie. Guérison.

Tableau des laparotomies.

Sur 23 cas nous enregistrons 7 échecs. Mais nous devons éliminer dès le début l'observation de G. Thomas, dont la malade est morte de péritonite généralisée. Il s'agit là d'un cas opéré en 1870, avant l'ère antiseptique.

Il nous reste donc 6 échecs, dont voici le détail :

Un cas de mort, la réduction ayant été tentée chez une femme infectée (cas de Brennan, obs. LXXVI).

Dans les 4 autres cas on a dû recourir à l'hystérectomie : une fois à la suite de déchirure des annexes, sur lesquelles on pratiquait des tractions (cas de Spinnelli, obs. LXXIV) d'après la méthode de Cosentino.

Une fois à la suite de la propagation de l'incision par déchirure irrégulière jusqu'au fond (cas de Couvelaire, obs. LXXXVIII);

Une fois, parce qu'après la réduction on constate que toute la partie inversée était atteinte de dégénérescence graisseuse (cas de Barbour, obs. LXXXII);

Une autre fois parce que la réduction est impraticable (cas de Fournier, obs. LXXXVII);

Enfin, une cinquième fois, parce que la friabilité des tissus de néoformation inflammatoire empêche la réduction (cas de Fasano, obs. LXXXIX).

Si nous mettons à part les 2 cas de mort, l'un consécutif au défaut complet d'asepsie, l'autre à une réduction malgré une infection préexistante, ce

qui est une contre-indication formelle à la conservation de l'organe, il nous reste 4 cas où l'hystérectomie fut jugée nécessaire. L'un de ces cas, le cas de Brennan, ne peut être retenu à la charge de la méthode, parce que, la réduction obtenue, on a été obligé de sacrifier l'organe atteint de dégénérescence graisseuse. Dans les autres cas, les indications de l'hystérectomie étaient indiquées, ou par l'irréducibilité invincible, ou bien par une déchirure irrégulièrement prolongée.

Voyons maintenant les cas où la réduction par la voie abdominale a donné des succès et par quels procédés :

Sur 16 cas de succès cinq fois la réduction fut obtenue après dilatation simple de l'anneau constricteur (Thomas, Schmalfuss, Skene, F. Gross et Cushing). Dans un cas la dilatation digitale et les tractions exercées avec des pinces sur les annexes amenèrent la réduction (Cosentino). Dans 9 cas la réduction est facilitée par des incisions limitées de la paroi utérine (d'Antona, Everke, Brennan, Haultain trois fois, Nuñez, Williams et E. Gross); et enfin, dans un dernier cas, elle ne s'effectua que par la prolongation de l'incision jusqu'au fond de l'utérus (Vignard).

Nous pouvons donc conclure :

a) Que la dilatation suivie de tractions sur les trompes et les ligaments ronds doit être rejetée, car si nous la voyons réussir dans le cas de Cosentino, elle échoua complètement dans les mains de Spinelli,

qui déchira irrémédiablement les annexes des deux côtés, et fut obligé de terminer son opération par l'hystérectomie et la castration, comme nous l'avons dit plus haut.

b) Qu'on peut toujours essayer la dilatation simple avec refoulement du corps utérin par le vagin, qui dans 5 cas sur 16 a donné d'excellents résultats. Cette méthode a le grand avantage, lorsqu'elle réussit de conserver l'organe gestateur indemne.

c) Que, si besoin est, on recourra au débridement de l'anneau d'inversion, méthode qui a suffi dans 9 cas sur 16 à permettre la réinversion de l'utérus ;

d) Qu'enfin cette incision limitée peut être insuffisante, et en ce cas on terminera en prolongeant l'incision primitive jusqu'au fond de l'organe, opération large jugée nécessaire seulement dans un cas.

Si nous comparons les résultats obtenus par les interventions par voie vaginale à ceux que l'on obtient après laparotomie, nous constatons que le plus grand nombre de succès des opérations vaginales revient aux interventions larges, aux opérations de Piccoli-Duret et de Spinelli-Oui. Par contre, le plus grand nombre de succès obtenus par la voie haute appartient à la simple dilatation ou à l'hystérotomie partielle de l'orifice de l'infundibulum.

De plus, par la voie abdominale on travaille à ciel ouvert, ce qui permet d'avoir sous les yeux toute la région de l'infundibulum, qui peut loger les

annexes ou une anse intestinale plus ou moins adhérentes. Il sera facile alors de libérer l'utérus des organes voisins.

La réduction obtenue, la suture de la plaie utérine sera beaucoup plus facile par la voie abdominale et faite dans des conditions bien meilleures.

La voie haute permet encore de terminer l'opération par l'inclusion des ligaments ronds dans la paroi abdominale, et dans ces conditions toute chance de déplacement de l'utérus est écartée.

La réduction de l'inversion, après laparotomie, permet le développement de gestations normales, comme nous pouvons le constater dans les observations de Nicoll Haultain, dont une des opérées a eu deux gestations consécutives, l'autre une gestation, toutes terminées normalement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(GUMMERT, *Monatschrift für Geburtshilfe und Gynækologie*
1899, vol. IX, p. 127.)

Inversion utérine totale

Femme de vingt-neuf ans, I-pare. Accouchée normalement, huit semaines auparavant. Délivrance par pression sur l'abdomen? Hémorragies continuelles.

Examen. — Tumeur vaginale: inversion utérine totale.

Tentative de réduction par Kolpeurynter et par tamponnement vaginal (Schrøeder) sans résultat.

Tentative de réduction manuelle après fixation du col avec 4 pinces. Réduction partielle. On remplace la main par un instrument et on continue les pressions. Brusquement l'utérus cède. La réduction est obtenue.

Dix mois après, accouchement normal.

OBSERVATION II

(DRANITZIN, *Jurnal akuschertswa i shenskikh bolesnei* januar, 1901. *Frommel's Jahresbericht*, 1901, p. 133.)

Inversion utérine datant de cinq ans, réduite par manœuvres manuelles, par von Ott, après fixation du col avec 8 fils qu'un aide tient tendus. Le chirurgien exécute des manœuvres manuelles : le fond étant dans la paume de la main, du bout des doigts il cherche à diminuer le pédicule et à lui faire traverser l'anneau.

Durée de l'opération : une heure.

OBSERVATION III

(GRANDAU, *Monatschrift für Geburtshilfe und Gynækologie* 1902, vol. XV, p. 732.)

I-pare de vingt-deux ans, accouchement spontané. Délivrance par expression. Hémorragie. Inversion utérine.

Tentative de réduction manuelle infructueuse quinze jours après la production de l'accident. Le Kolpeurynter échoue.

Cinq mois après : réduction manuelle difficile sous anesthésie et après fixation du col avec des pinces.

OBSERVATION IV

(J.-E. MACLEAN. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire*, 1906, vol. IX, p. 286.)

Un cas d'inversion utérine d'origine puerpérale

A. L..., vingt-neuf ans, entrée à l'hôpital le 25 décembre 1905, pour hémorragies continues, depuis son dernier accouchement, il y a deux mois et demi.

Multipare : 4 avortements et 5 accouchements normaux

La délivrance avait été pratiquée par tractions sur le cordon.

Diagnostic facile : inversion utérine puerpérale.

26 décembre. — Anesthésie générale. Taxis après fixation du col avec 4 pinces. Réduction facile. Tamponnement serré de la cavité utérine.

Suites excellentes.

OBSERVATION V

(Th. OLIVER, *The Lancet*, 12 janv. 1901, p. 93.)

Un cas d'inversion chronique de l'utérus datant de sept mois, réduit avec succès par le « repositior d'Aveling ».

Il pare, vingt-quatre ans. Accouchée la dernière fois le 1^{er} mai 1900. Accouchement normal, délivrance spontanée. Hémorragie. Trois jours après on fait le diagnostic d'inver-

sion utérine. Plusieurs tentatives infructueuses de réduction par le taxis.

Sept mois plus tard, elle entre dans mon service. Tentative de réduction manuelle sans succès. Application du repositor d'Aveling et tamponnement du vagin à la gaze iodoformée. Après trois jours d'application de cet instrument la réduction est obtenue.

OBSERVATION VI

(A. PINARD. Obs. 946 bis,
des Archives de la clinique Baudelocque.)

*Inversion utérine. — Réduction à l'aide du ballon
de Champetier de Ribes. — Guérison (1).*

La nommée S..., Hélène, âgée de vingt-deux ans, entre à la clinique Baudelocque le 15 avril 1901.

Pas d'antécédents ni héréditaires, ni pathologiques, ni physiologiques.

C'est une primipare. Elle avait eu ses dernières règles du 25 au 30 juin. Elle a travaillé pendant toute sa grossesse; elle est bonnetière et travaille à la machine douze heures par jour.

8 avril. — Elle accouche spontanément à Romilly; fille vivante s'étant présentée par le sommet. Délivrance spontanée, au dire de la sage-femme qui l'assistait. Après la délivrance, l'accouchée perdit une certaine quantité de sang,

1. Communication à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de Pédiatrie de Paris, 13 mai 1901.

hémorragie qui persista pendant toute la nuit du 8 au 9 avril.

9 avril. — La sage-femme, inquiète de l'état de sa cliente, fit appeler en consultation M. Bigex. Celui-ci constate, en effet, que cette femme est gravement malade. Les téguments sont décolorés, le poulx est filiforme, température 36°5, état syncopal; le suintement sanguin a cessé. Injection de 500 gr. de sérum salin, injection de caféine, tête basse, boules d'eau chaude, grogs.

Le soir, le poulx, encore incomptable, est meilleur; la température est toujours de 36°5; on fait une nouvelle injection de 250 grammes de sérum salin.

10 avril. — Le suintement sanguin apparaît de nouveau. Sans examiner la femme, car il avait les mains infectées, M. Bigex conseille à la sage-femme de faire à sa cliente des injections intra-utérines avec de l'eau bouillie refroidie à 50 degrés.

11 avril. — Poulx à 160. Température 38 degrés; 250 gr. de sérum. Caféine. L'hémorragie ne s'est pas reproduite. M. Bigex conseille à la sage-femme de continuer les injections intra-utérines chaudes.

12 avril. — La femme perd un peu. La sage-femme prévient M. Bigex qu'il y a dans le vagin une tumeur, un fibrome, dit elle, qui l'empêche de donner l'injection intra-utérine. Il pratique alors le toucher vaginal, trouve le vagin comblé par une tumeur du volume d'une tête fœtale. Il va le soir même à Méry-sur-Seine, où se trouvait M. Pinard, et le diagnostic d'inversion utérine est posé; il est convenu que, dès que la femme sera transportable, elle sera conduite à la clinique Baudelocque.

13 et 14 avril. — On continue le même traitement général, la température reste à 38 degrés, le pouls entre 140 et 150.

15 avril. — L'état général s'étant légèrement amélioré, M. Bigex fait transporter la femme à la clinique Baudelocque.

Depuis son accouchement, on a dû sonder cette femme chaque jour.

16 avril. — A 10 heures du matin, examen de M. Pinard.

État général grave. Décoloration des téguments et des muqueuses. Température 37°6 ; pouls 128.

La main, posée sur la région hypogastrique, ne rencontre pas le globe utérin.

La percussion de cette région ne révèle que la sonorité intestinale.

Par le toucher, le doigt arrive, aussitôt après avoir franchi la vulve, sur une tumeur qui remplit tout le vagin. Elle est tomenteuse, piriforme, à grosse extrémité inférieure. Le vagin paraît allongé. On atteint très difficilement derrière la symphyse la partie antérieure du col, et on peut à peine explorer le cul-de-sac antérieur. En arrière, il est impossible d'atteindre le cul-de-sac postérieur.

Pas de suintement sanguin. M. le professeur Hergott examine la femme et fait les mêmes constatations.

M. Pinard introduit alors dans le vagin un ballon de Champetier, moyen modèle, et recommande de le remplacer dans la soirée par un ballon grand modèle si la réduction n'est pas opérée. Injection de 200 grammes de sérum salin. On ne sonde pas la femme.

A 8 h. 1/2 du soir, M. Paquy retire le ballon et pratique le toucher : l'inversion est réduite en partie, le vagin est libre. On arrive sur le col, largement dilaté (petite paume de main).

Le fond de l'utérus inversé affleure les bords de l'orifice. Par le palper combiné, on sent dans la région hypogastrique une tumeur remontant à 4 travers de doigts au-dessus de la symphyse et présentant à son sommet une dépression en cul-de-fiole.

La malade est très indocile, pousse des cris aigus. On sent que l'inversion se reproduit ; on se hâte d'introduire un ballon grand modèle, gonflé au maximum. Température 38 degrés ; pouls, 120.

17 avril. — M. Pinard constate que l'inversion est complètement réduite. On retire le ballon.

Matin 37°2. Soir 37°2.

18 avril. — Matin, 40° ; pouls 120. Injection intra-utérine, eau claire, 0 gr. 50 sulfate de quinine. Soir 39°2 ; 0 gr. 25 de sulfate de quinine.

19 avril. — Matin 39 degrés. Injection intra utérine, 0 gr. 50 de sulfate de quinine. Soir 39°4, injection intra-utérine, 0 gr. 25 de sulfate de quinine ; 300 grammes de sérum salin.

20 avril. — Matin 38 degrés ; 200 grammes sérum salin. Soir 38°6.

21 avril. — Matin 38°2 ; 200 grammes sérum salin. Injection intra-utérine. Soir 40 degrés.

22 avril. — Matin 38 degrés ; 200 grammes sérum salin. Injection intra utérine. Soir 39°5.

23 avril. — Matin 37°6 ; 200 grammes sérum salin. Injection intra-utérine. Soir 39°8.

24 avril. — Matin 38°7 ; 200 grammes sérum salin. A 1 heure 40°2, vers 6 heures du soir, syncope ; pouls 160 ; Caféine. Soir 39°8.

25 avril. — Matin 38°2 ; 1 centigramme de morphine.
Soir 39°8 ; 1/2 centigramme de morphine.

26 avril. — Matin 38°8 ; 1 centigramme de morphine. Soir
40 degrés ; 1/2 centigramme de morphine.

27 avril. — Matin 39 degrés ; 1 centigramme de morphine.
Soir 40 degrés ; 1/2 centigrammes de morphine.

28 avril. — Matin 39 degrés ; 1/2 centigramme de mor-
phine. Soir 38°4.

29 avril. — Matin 38°9 ; 1/2 centigramme de morphine.
Soir 39°4.

30 avril. — Matin 37 degrés ; 1/2 centigramme de mor-
phine. Soir 38 degrés.

1^{er} mai. — Matin 36°6 ; soir 37°2 ; 1/2 centigramme de
morphine.

2 mai. — Matin 37 degrés. Soir 37°8 ; 1/2 centigramme de
morphine.

3 mai. — Matin 37°2. Soir 37°6.

La température reste normale sauf le 12 au soir, où elle
s'élève à 38°8. Le 16, la femme se lève pour la première fois.

OBSERVATION VII

(P. MANTEL, Rapport à l'Académie de médecine, séance du
30 octobre 1906, par M. A. Pinard. *Annales de gynéco-
logie et d'obstétrique*, mai 1906.)

*Un cinquième cas d'inversion utérine traité avec succès par
l'application du ballon de M. Champetier de Ribes, gonflé
avec de l'air.*

Femme âgée de vingt-six ans, tertipare. Premier accou-

chement terminé par une application de forceps, le deuxième spontané.

Troisième grossesse évoluant normalement. Accouchement terminé par une application de forceps facile, pour lenteur excessive de la période d'expulsion. Le travail avait duré vingt heures et la période d'expulsion sept heures.

Inversion de l'utérus pendant la délivrance, pratiquée par tractions sur le cordon. Pas d'hémorragie. Le placenta, inséré au fond de l'utérus, est décollé et séparé de l'utérus par des caillots, mais les membranes sont encore adhérentes au niveau de toute sa périphérie. L'accoucheur passe son doigt à travers le placenta, décolle ensuite les membranes. Ensuite, il refoule doucement l'utérus dans le vagin et réduit facilement l'utérus.

Le Dr Paul Mantel est appelé une heure après et trouve l'accouchée en parfait état. Il constate à l'aide du palper que l'utérus a repris sa situation, sa forme et sa consistance normales, et à l'aide du toucher que le vagin est libre, le col accessible et que les culs-de-sac sont normaux.

Pendant quatre jours tout se passa bien, mais le cinquième, malgré les recommandations qui lui avaient été faites, la parturiente s'accroupit pour uriner et sent à ce moment quelque chose « bouger dans son ventre » ; aucune hémorragie ne se produisant, elle ne s'en inquiète pas, et ce n'est que le lendemain que son médecin, informé de ce qui s'était passé la veille, pratique le toucher et constate que l'utérus s'est de nouveau inversé complètement dans le vagin.

Le Dr Mantel est appelé de nouveau. Il reconnaît que l'utérus est totalement inversé dans le vagin et, en raison de sa consistance, apprécie que la rétropulsion manuelle est

impossible. Il fait alors une toilette complète de l'utérus et du vagin à l'aide de l'eau oxygénée et introduit un ballon de Champetier de Ribes grand modèle, gonflé avec de l'air. Le ballon bien supporté, n'ayant déterminé que quelques coliques, est retiré après vingt-quatre heures pour faciliter la miction, et on constate alors que l'inversion a complètement disparu.

Par prudence, le ballon est réintroduit et maintenu en place pendant huit jours. Après ce laps de temps, il est enlevé définitivement, l'état local et l'état général ne laissant rien à désirer.

OBSERVATION VIII

(S. BOYD, *Transactions of the Obstetrical Society of London*. Vol. XLV, 1903, p. 170).

Un cas rare d'inversion utérine

M^{me} M..., vingt-neuf ans, entrée à l'hôpital de Charing Cross, dans le service de M. Routh, le 6 mars 1903, pour inversion utérine.

Mariée depuis sept ans et demi, elle a eu deux accouchements, le premier normal, le deuxième terminé par une application de forceps (septembre 1902), hémorragie après l'extraction du fœtus, délivrance artificielle. Rien d'intéressant à signaler pendant les quinze premiers jours après l'accouchement. A partir de ce moment, elle se plaint de douleurs, vomissements, anorexie ; en même temps les règles deviennent plus abondantes.

Au toucher, on ne constate rien d'anormal.

Une phlébite des deux jambes confine la malade au lit jusqu'à la fin du mois d'octobre.

Vers la fin de janvier, nouvelle hémorragie, on constate que l'utérus est complètement inversé.

Tentative de reposition manuelle sans aucun résultat.

On pose le repositoir chaque jour pendant quelques heures, la réduction s'effectue lentement. Alors on le laisse en place pendant quarante-huit heures, après avoir fait deux piqûres de morphine. Injection intra-utérine et tamponnement de l'utérus que l'on enlève progressivement.

OBSERVATIONS IX, X et XI

(HANSSON, *Monatschrift für Geburtshilfe und Gynækologie*,
Bd. XIX, 1904, p. 847.)

Trois cas d'inversion utérine puerpérale

Premier cas. — I-pare de vingt-huit ans. Inversion utérine datant de six semaines, hémorragies violentes. Réduction en trois jours par tamponnement vaginal.

Deuxième cas. — Inversion utérine réduite en vingt-quatre heures par tamponnement.

Troisième cas. — I-pare, vingt-quatre ans. Inversion utérine datant de treize mois. Réduction par tamponnement à la gaze iodoformée.

OBSERVATION XII

(A. PAPA, *Orvosok Lapja*, 1908. n° 24,
Zentralblatt für Gynækologie, n° 43, 1909, p. 1517.)

Inversion utérine guérie par le traitement conservateur

Femme de vingt-deux ans, I-pare, accouchée depuis six mois, se plaint que depuis cette époque les hémorragies ne tarissent pas.

A l'examen on constate une déchirure du périnée et dans le vagin une tumeur du volume d'un œuf d'oie, que l'on reconnaît être l'utérus inversé. Il paraît que la délivrance a été pratiquée par des fortes tractions sur le cordon.

Plusieurs applications de ballons après tamponnement du vagin à la gaze iodoformée, jusqu'à ce que la réduction est obtenue.

Pour empêcher la reproduction de l'inversion on fait une suture lâche du col.

Quelques jours après l'utérus est en position normale.

Périnéorraphie.

OBSERVATION XIII

(H. DURET, in J. BRASSEUR. Thèse de Paris, n° 447, 1895, p. 78.)

Inversion utérine datant de quatre mois. — Tentatives infructueuses de réduction. — Hystérectomie vaginale. — Guérison.

L. B..., vingt-cinq ans, I-pare. Accouchée en février 1894; travail pénible ayant duré cinq jours. Application de forceps.

Délivrance quelques minutes après, par tractions sur le cordon.

Inversion utérine accompagnée d'une hémorragie très abondante. Injection d'ergotine.

Trois mois et demi après elle entre à l'hôpital, le 12 juin 1894.

Les tentatives de réduction manuelle sous chloroforme ainsi que le tamponnement du vagin restant infructueux.

22 juin. — Chloroforme. Fixation du col avec 4 pinces. Essai de réduction manuelle forcée. On déchire la moitié antérieure du col et la réduction n'est pas obtenue. On incise alors le col et l'isthme en avant, verticalement. Essai de réduction sans résultat. Hystérectomie vaginale.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XIV

(B. C. HIRST, *The American Journal of Obstetrics*, vol XLI, 1900, p. 9.)

Nouvelle opération pour inversion irréductible de l'utérus

M^{me} C..., dix-neuf ans, I-pare. Entrée à l'hôpital Howard le 15 novembre 1899.

Accouchée spontanément le 17 août, travail long et pénible. Le placenta adhérent fut extrait manuellement. Aussitôt après la délivrance hémorragie ayant duré quarante-huit heures. On fit le diagnostic d'inversion utérine. Plusieurs tentatives de réduction, dont une sous anesthésie, restent infructueuses.

Examen à l'entrée : inversion complète, utérus en involution normale, col fortement contracté.

Anesthésie à l'éther. Tentative de réduction manuelle sans succès. Incision du col sur la ligne médiane postérieure, intéressant l'anneau musculaire cervical dans presque toute son épaisseur, sans ouvrir le péritoine. Réduction facile par une légère pression exercée avec un seul doigt sur le segment inférieur de l'organe, au niveau de l'extrémité supérieure de l'incision. Suture du col. Suites normales. A la sortie, utérus en bonne position.

OBSERVATION XV

(H. FRESSON, Thèse de Paris, n° 54, 1902, p. 39.)

Réduction d'une inversion utérine chronique après débridement du col

M^{me} D..., réglée régulièrement depuis l'âge de quinze ans, d'une excellente santé habituelle. Mariée à vingt ans, avait eu deux enfants pour lesquels les couches avaient été normales, elle avait été accouchée par une voisine sans assistance médicale. Lors de son troisième accouchement, septembre 1899, la femme qui lui donnait ses soins constata, après la délivrance la présence d'une « boule de chair », qui se présentait à la vulve ; il fut impossible de savoir si des tractions furent exercées sur le cordon ; sans s'inquiéter autrement, la sage-femme improvisée rentra le tout dans le vagin. Il y eut une hémorragie assez abondante, mais elle s'arrêta. Lorsque la malade reprit son travail quelques jours

après, la descente s'accroît; mais la femme ne fut guère incommodée qu'au moment de ses époques, où elle éprouvait quelques douleurs et des hémorragies plus abondantes qu'habituellement.

Au moment de l'examen, trois mois après l'accident, le fond de l'utérus dépassait la vulve de 2 à 3 centimètres, sa surface est le siège d'un suintement peu abondant, mais assez fétide. État général bon sauf la gêne provenant de la présence de la tumeur. On lui propose la réduction, mais, effrayée par le chloroforme, elle refuse. On lui conseille alors des lavages antiseptiques qu'elle pratiqua régulièrement.

Plus tard les hémorragies deviennent plus abondantes. la femme s'affaiblit et au mois de juillet elle entre à la Salpêtrière où elle fut opérée le 14 août 1900.

La malade étant dans la position dorso-sacrée, après antiseptie soigneuse de la région, une pince de Museux est fixée sur le fond de l'utérus, qui fut ainsi attiré à la vulve. L'inversion n'était pas absolument complète, un sillon de 1/2 centimètre de profondeur sépare le col du pédicule; le volume de l'utérus est un peu supérieur au volume normal; sa consistance est ferme et légèrement élastique, sauf au niveau du col où la rigidité est considérable; la couleur est rouge, violacée sur certains points.

Une tentative de réduction manuelle est faite sans succès. On se rend facilement compte que l'obstacle à la réduction est constitué par cette espèce d'anneau rigide formé par la partie non invertie du col.

L'anneau est alors débridé à droite et à gauche de deux coups de ciseaux qui sectionnèrent toute la hauteur de la

portion sous-vaginale du col ; mais, ces incisions paraissant insuffisantes, on les prolonge vers le fond de l'utérus jusqu'au niveau du point où le pédicule était enserré par l'anneau, soit à peu près à la hauteur de l'isthme. Ces incisions, faites au bistouri, sont profondes d'environ 1 centimètre et ne paraissent pas intéresser toute l'épaisseur de la paroi utérine. De chaque côté, on place deux pinces à abaissement, une sur chaque lèvre de l'incision ; elles servent à fixer le col pendant les manœuvres de réduction. La réduction est extrêmement simple et après quelques pressions de bas en haut, le corps utérin reprend sa place. Hémorragie insignifiante ; grand lavage de la cavité utérine et tamponnement à la gaze iodoformée.

Désirant assurer un large drainage, les incisions ne furent point suturées. Suites opératoires absolument bénignes. La malade sort de l'hôpital le 13 septembre.

Six mois après, état général bon, règles régulières non douloureuses. Utérus mobile. On perçoit à l'examen deux cicatrices insignifiantes de chaque côté du col.

OBSERVATION XVI

(C. H. HARE, *The Boston Medical and Surgical Journal*
vol. CLIV, 1909, p. 157.)

Un cas d'inversion de l'utérus

M^{me} X..., 4419, quarante ans, mariée depuis vingtans, IX-pare, sept enfants et deux avortements. Réglée régulièrement

tous les vingt-huit jours, durée six jours, jamais de troubles pelviens.

Dernier accouchement spontané, délivrance spontanée immédiatement après l'expulsion du fœtus. Hémorragie abondante. Suites de couches normales. Quitte le lit quatorze jours après l'accouchement, lorsqu'elle fut examinée par Hare pour la première fois. La femme ne se plaint que de faiblesse générale.

Examen. — Vieille déchirure du périnée ; tumeur dans le vagin ; absence du corps utérin à l'hypogastre. L'examen provoque une légère hémorragie.

24 février 1905. — *Opération.* — Tentative infructueuse de réduction manuelle. Incision de la lèvre postérieure du col sans ouvrir le péritoine. Réduction facile. Suture de la plaie au catgut. Suites opératoires excellentes.

Sortie dix-sept jours après l'opération, utérus parfaitement mobile et en bonne position.

Revue le 24 octobre 1905, la femme surmenée, amaigrie. Règles régulières, abondantes. Utérus en bonne position, mobile ; pas de trace de l'incision sur le col. Pas de douleurs pelviennes.

OBSERVATION XVII

(O. KÜSTNER, *Zentralblatt für Gynækologie*

n° 41, 1893, p. 945.)

Méthode de traitement

conservateur pour l'inversion utérine puerpérale

R. S .., dix-neuf ans, primipare. Régliée régulièrement depuis l'âge de treize ans.

Accouchée le 7 février 1893, après trois jours de travail. Délivrance par tractions sur le cordon ; à la suite de ces manœuvres, l'utérus inversi apparaît à la vulve ; on le refoule dans le vagin ; depuis ce jour, hémorragies continuelles. En mars, tentative infructueuse de réduction. La malade est atteinte d'une anémie profonde à laquelle se joignent des troubles mentaux. Elle entre le 21 juin à la clinique.

Diagnostic. — Inversion utérine complète.

Pendant deux mois, on fait quatre tentatives de réinversion sous le chloroforme. Le kolpeurynter est placé pendant deux jours par mon assistant, von Knorr. Tout reste sans résultat. Le 18 août, après une nouvelle tentative de réduction manuelle, je procède à l'opération suivante :

La malade est en position dorso-sacrée ; l'utérus est abaissé avec des crochets ; j'incise alors transversalement le cul-de-sac de Douglas et j'introduis l'index gauche dans l'entonnoir, que je reconnais libre d'adhérences. Je fixe l'anneau avec le doigt, introduit par la plaie du Douglas et j'essaie de refouler l'utérus, mais sans succès. Alors, sur l'index gauche, introduit dans l'entonnoir, comme guide, j'incise la paroi postérieure de l'utérus, sur la ligne médiane, à partir de la région de l'orifice cervical interne sur une longueur de 4 centimètres, jusqu'à 2 centimètres du fond. Nouvelle tentative de réduction de l'utérus, elle réussit avec la plus grande facilité. Ceci fait, je mets l'utérus réinverti en rétroflexion forcée et j'attire la plaie utérine dans la plaie du Douglas, à travers laquelle je la suture par trois points profonds et deux superficiels. Le Douglas est fermé par cinq points séparés. L'utérus est alors en place, et son col laisse

passer un drain de 10 millimètres de diamètre et allant à 7 centimètres de profondeur.

Suites opératoires simples, sauf une élévation de température à 38 degrés pendant deux jours. Le huitième jour on enlève les fils du Douglas; le douzième jour j'examine la malade, l'utérus a repris son volume normal et il est en antéflexion normale.

21 avril 1896. — La femme est accouchée spontanément d'un enfant vivant. Elle est morte quatre jours après, le 25 avril 1896. Keilmann (1) ne put recueillir des renseignements précis sur l'accouchement de cette femme et ses suites. Elle fut assistée au moment de l'accouchement par une empirique. Il y a eu des troubles post-partum, mais de quelle nature on ne sait rien, la femme n'ayant pas été examinée par un médecin. Keilmann refuse d'admettre la rupture utérine parce que, dit-il, la mort aurait été plus rapide. Il incline plutôt vers la septicémie puerpérale très virulente, qu'il considère comme la véritable cause de la mort.

OBSERVATION XVIII

(ROBB, *Bulletin of the John Hopkins Hospital*,
n° 37, 1894, p. 19. — *Frommel's Jahresbericht*, 1894, p. 97.)

Opération de Küstner pour inversion utérine puerpérale

Opération de Küstner type, dans un cas d'inversion utérine chronique; pas de difficultés. Guérison.

1. A. Keilmann, *Zwei weitere Fälle von Gravidität nach Küstner'scher Inversionsoperation* (*Zentralblatt für Gynækologie*, n° 13, 1907, p. 359).

OBSERVATION XIX

(W. NETZEL, *Hygiea*, 1896, p. 451, *Zentralblatt für Gynækologie*, n° 1, 1897, p. 27.)

Opération de Küstner pour inversion utérine

Femme de trente et un ans, ayant eu 5 accouchements. Inversion utérine à la suite du dernier accouchement le 23 juin 1895. Six mois après la production de l'accident tentatives infructueuses de reposition, l'une manuelle, l'autre par tamponnement ; puis par application du kolpeurynter.

4 février 1896. — Opération de Küstner, l'inversion datait de sept mois et demi. Réduction facile. Pas de suites opératoires.

OBSERVATION XX

(C. D. JOSEPHSON, *Hygiea*, 1896, p. 55. *Zentralblatt für Gynækologie*, n° 19, 1897, p. 560. Cité par Fresson, thèse de Paris, 1902, p. 47.)

Sur l'inversion utérine

Femme de quarante-deux ans, primipare. Inversion utérine datant de dix-sept ans, pendant ce temps hémorragies presque continuelles. Plusieurs tentatives de réduction, kolpeurynter, électricité, etc., toutes infructueuses.

25 janvier 1895. Opération de Küstner. Réduction impossible, malgré que l'incision fut prolongée jusqu'au fond de l'utérus. Hystérectomie vaginale. Guérison.

OBSERVATION XXI

(SALIN, cité par JOSEPHSON, *Hygica*, 1896, p. 55.

Zentralblatt für Gynækologie, 1897, p. 560.)

Sur l'inversion utérine

Femme de vingt-sept ans, deux enfants. Inversion utérine datant de trois mois et demi. Entre à l'hôpital pour métrorragies continuelles. Kolpeurynter pendant vingt-quatre heures sans aucun résultat. Essai infructueux de réduction manuelle sous chloroforme, le tissu utérin étant friable. Opération de Küstner, réduction impossible. Étant donné le mauvais état du tissu utérin, on pratique l'hystérectomie vaginale. Guérison.

OBSERVATION XXII

(L. SWITALSKI, *Zentralblatt für Gynækologie*, 1898, p. 65.)

Un cas d'inversion totale de l'utérus après un avortement

T. L..., trente-six ans, quatre accouchements normaux.

Avril 1897. — Avortement de cinq mois environ. Le placenta n'est expulsé que quelques heures après. Violentes hémorragies, qui se sont continuées depuis.

Entrée à l'hôpital de Cracovie. Diagnostic: inversion utérine.

Plusieurs tentatives de réduction manuelle sous chloro-

forme, toutes infructueuses. On fixe le bord antérieur du col avec des pinces de Museux pour tenter à nouveau la réduction et on le déchire.

Opération de Küstner. Ouverture du Douglas, orifice de l'infundibulum très étroit. On détruit les adhérences. L'ovaire droit augmenté de volume est laissé sur place. Incision médiane longitudinale de la paroi postérieure de l'utérus à la Küstner, réduction facile.

Pendant quinze jours température élevée.

Sortie au mois d'août guérie. Utérus en antéflexion normale.

OBSERVATION XXIII

(W. PERLIS, *Zentralblatt für Gynäkologie*, n° 9, 1898, p. 235.)

Traitement de l'inversion utérine totale chronique

Femme de trente-cinq ans, deux enfants. Inversion utérine datant de quelques semaines. Pendant douze jours plusieurs tentatives de réinversion sans aucun résultat. La femme souffre beaucoup.

Opération de Küstner. Durée huit minutes ; pas de suites opératoires. La femme se lève le quinzième jour.

OBSERVATION XXIV

(J.W. STRUTHERS, *The Scottish Medical and Surgical Journal*, vol. V, 1899, p. 153.)

Notes sur un cas d'inversion chronique de l'utérus réduit après colpotomie postérieure et incision de la paroi utérine.

Inversion utérine chronique datant de onze mois, guérie

par incision transversale du Douglas, et large incision du corps utérin sans intéresser le col. L'anneau d'inversion est fixé avec l'index gauche pendant les manœuvres de réduction; réduction facile.

OBSERVATION XXV

(O. KUSTNER, *Beiträge für Geburtshilfe und Gynækologie*, 1901, p. 339.)

Réinversion sanglante de l'utérus par l'incision de sa paroi postérieure après ouverture du cul-de-sac postérieur de Douglas.

Femme W..., trente-trois ans, a eu six accouchements, le dernier en février 1900. Délivrance par tractions sur le cordon.

Inversion utérine. Aucun essai de réduction ne fut fait.

13 juin 1900. — *Opération.* — Incision sagittale de la paroi utérine postérieure commençant à 3 centimètres au-dessus de l'orifice externe et ne se terminant pas tout à fait sur le fond.

Réinversion : une pince introduite dans le Douglas pénètre dans l'infundibulum et est amenée dans la plaie utérine dont elle saisit une des lèvres dans son milieu. En exerçant des tractions sur cette pince, la réinversion est obtenue facilement. Suture de la plaie utérine par huit points en catgut. Nettoyage et fermeture du Douglas. Suites opératoires excellentes.

A la sortie : utérus mobile, en antéflexion normale.

OBSERVATION XXVI

(F. HUE, *Normandie médicale*, n° 14, juillet 1903, p. 313.)

Inversion utérine chronique

Femme de dix-neuf ans et demi, 1-pare. Accouchement terminé par une application de forceps. Délivrance normale. Aucun signe n'appelle l'attention sur une lésion utérine, sauf un écoulement sanguin continuuel qui ne tarit pas.

Deux mois et demi après l'accouchement, on fait le diagnostic d'inversion utérine, et on essaie sans succès la réduction manuelle (sous chloroforme).

Trois mois après l'accouchement, nouvelle tentative de réduction par M. Hue. Chloroforme, fixation du col avec des pinces. On provoque une abondante hémorragie et la réduction échoue ; en plus, le périnée, en voie de cicatrisation, est de nouveau déchiré.

24 janvier 1900. — Opération de Küstner, réduction impossible. On prolonge alors l'incision en bas et on fend complètement le col. La réduction s'effectue, mais l'incision s'est prolongée à son extrémité supérieure par une déchirure qui atteint le fond. Il est impossible de rapprocher les bords de la plaie. Les catguts posés à 1 centimètre du bord de la plaie déchirent le parenchyme utérin.

On termine par une hystérectomie vaginale. L'ovaire gauche kystique est enlevé, le droit est conservé.

Dix-huit mois après l'opération, excellent état.

OBSERVATION XXVII

(K. KONIETZNY, *Inaugural Dissertation*, Breslau, 1907.)

A propos de l'opération pour inversion de l'utérus *Méthode de Küstner*

A. W..., trente-neuf ans, multipare. Entrée à la clinique des maladies des femmes de l'Université de Breslau, le 6 juin 1901.

A eu six accouchements, le dernier en février 1900. Extraction manuelle du placenta par une sage-femme. Régulée régulièrement jusqu'à son dernier accouchement, la femme a des pertes de sang fréquentes et abondantes depuis qu'elle fut délivrée. En plus pesanteur dans le bas ventre et anémie.

Diagnostic facile d'inversion utérine incomplète datant de seize mois.

13 juin 1901. — Opération de Küstner type II, réduction facile de l'inversion par tractions sur une pince passée par le Douglas et saisissant le bord de la plaie utérine. Suture facile de l'utérus et fermeture du Douglas.

Suites opératoires normales. Guérison.

1^{er} juillet. — Élévation de température à 40 degrés, pouls 120 ; accidents pulmonaires.

Sortie guérie le 10 juillet, utérus en antéflexion normale.

OBSERVATION XXVIII

(A. KEILMANN, *Zentralblatt für Gynækologie*,
n° 13 1907, p. 359.)

Encore deux cas de gravidité après l'opération de Küstner pour inversion utérine

A. S..., vingt-trois ans, I-pare, accouchée en mars 1902 spontanément, assistée par une vieille femme, qui, un quart d'heure après l'expulsion de l'enfant, pratiqua la délivrance par tractions énergiques sur le cordon.

Douleurs violentes et abondante hémorragie, qui, si elle diminuait bientôt ne cessa pas complètement. Le troisième jour, un médecin fut appelé il fit le diagnostic d'inversion utérine; plusieurs tentatives de réduction manuelle restent infructueuses même sous chloroforme.

20 mai 1902. — Elle entre à l'hôpital de Riga. L'inversion est incomplète, le col persiste sur une hauteur de 2 cm. 1/2 environ.

21 mai. — Pose d'un colpenryn timer rempli de 300 centimètres cubes de liquide, il provoque de telles douleurs qu'on doit l'enlever rapidement.

25 Mai. — Anesthésie générale. Essais de réduction manuelle après fixation du col avec des pinces à griffes. Aucun résultat.

Opération de Küstner modifiée. — L'extrémité inférieure de l'incision de Küstner est prolongée jusqu'à l'incision du vagin.

L'extrémité supérieure s'est prolongée par déchirure, pendant les manœuvres de réduction, jusqu'au fond. Alors la réduction fut facile.

La plaie utérine intéressant le corps est suturée à travers la brèche vaginale, tandis que la plaie cervicale fut suturée en second lieu par le canal. Guérison sans aucun accident.

11 juin 1902.— Utérus de volume normal, antéfléchi mobile.

Au début de l'année 1906, la femme est fécondée. Elle accouche spontanément le 24 octobre 1906, d'une fille se présentant par le sommet. Violente hémorragie une demi-heure après l'expulsion, la sage-femme essaie de pratiquer la délivrance par expression de l'utérus. Délivrance artificielle deux heures après l'accouchement par un médecin. Le placenta était inséré sur la paroi intérieure. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXIX

(A. DIENST, *Zentralblatt für Gynækologie*.

n° 28, 1903, p. 864.)

*Une inversion utérine puerpérale chronique opérée
d'après la méthode de Küstner*

Femme de trente et un ans, III-pare. Dernier accouchement en novembre 1901. Délivrée par un médecin, trois heures après l'accouchement, par expression de l'utérus. Violente hémorragie, qui se continua, moins intense, pendant quinze jours, et fut enfin remplacée par des pertes rous-sâtres.

Sept mois après l'accouchement, elle entre à l'hôpital, très anémiée.

Tous les signes de l'inversion utérine chronique.

Le taxis est impuissant à cause du resserrement du pédicule et de l'œdème du corps de l'utérus, On abandonne toute idée de réduction forcée et on pratique *l'opération de Küstner* (1902). Suites opératoires des plus simples, la femme sort le vingtième jour. Utérus en antéflexion normale.

Revue cinq mois après l'opération, état général parfait. Utérus de volume normal, souple, est en antéflexion. Les ovaires très petits. Les règles ne sont pas reparues.

OBSERVATION XXX

(K. KONIETZNY, *A propos de l'opération pour inversion de l'utérus par la méthode de Küstner.*)
Inaugural Dissertation Breslau, 1907.

A. S..., trente et un ans. III-pare. Entrée le 4 juin 1902.

Réglée à quatorze ans, régulièrement.

Premiers rapports à vingt et un ans.

Premier et deuxième accouchements spontanés, enfants vivants.

Dernier accouchement 27 novembre 1901, spontané, enfant vivant. Délivrance par expression de Crédé, trois heures après l'accouchement. Pendant les quatorze premiers jours hémorragies continuelles, le quinzième jour une violente hémorrhagie se produit.

A son entrée on constate tous les signes de l'inversion utérine.

11 juin 1902. — Anesthésie générale. Tentative de réduction manuelle après fixation du col avec des pinces, ne réussit pas, le col étant trop étroit et le corps utérin œdématié.

Opération de Küstner type II. Incision sagittale de la paroi postérieure du vagin. Réduction par tractions avec une pince introduite par le Douglas et saisissant la lèvre de l'incision utérine. Pour suturer l'utérus, après la réduction, le chirurgien le ramène en rétroversion forcée et le sort de nouveau dans le vagin par la brèche du Douglas. Suture rapide en deux plans de la paroi utérine, arrête une hémorragie en nappe de la tranche utérine. On refoule facilement l'utérus dans l'abdomen. On nettoie le Douglas avec un tampon qui enlève quelques petits caillots et on ferme la plaie péritonéale seule, par quelques petits points.

Durée de l'opération : une heure trois quarts.

Après l'opération l'utérus est en antéflexion.

Le 1^{er} juillet la femme sort guérie, l'utérus est en légère rétroversion.

OBSERVATION XXXI

(H. THOMSON, *Zentralblatt für Gynækologie*,

n° 49, 1904, p. 1513.)

Traitement opératoire de l'inversion puerpérale chronique de l'utérus

R..., vingt et un ans. I-pare, accouchée spontanément il y a quatorze mois. Délivrance spontanée trois heures après

l'accouchement, hémorragie et violentes douleurs. Le neuvième jour un médecin extrait des débris placentaires.

Deux mois après l'accouchement les hémorragies repaissent, elles sont fréquentes. En mai on constate l'inversion et on essaie vainement la réinversion.

23 août 1904. — Anesthésie générale. Essai de réduction manuelle sans résultat. *Opération de Küstner type II*. Réinversion facile par tractions avec une pince, après avoir détruit quelques adhérences péritonéales.

On tamponne le vagin après la suture de l'utérus et du Douglas. Suites normales.

Sortie trois semaines après l'opération, guérie ; utérus en antéflexion normale, mobile.

OBSERVATION XXXII

(J.-H. FERGUSSON, *The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire*, volume X, n° 4, 1906, p. 360.)

Hystérectomie vaginale pour inversion de l'utérus irréductible d'origine puerpérale

X..., trente-deux ans, primipare. Dernières règles 14 juin 1905. Gestation normale O. I. D. P. Accouchée le 23 mars 1906. Application de forceps sous chloroforme pour défaut de rotation de la tête. Légère déchirure du périnée. Délivrance par expression vingt minutes après l'accouchement. Suites de couches normales. Elle n'allaita pas son enfant. Reprend son travail trois semaines après l'accouchement, après avoir gardé le lit pendant quinze jours.

Environ six semaines après l'accouchement hémorragies, qui durent une huitaine de jours, de plus en plus abondantes. Un médecin consulté pose le diagnostic d'inversion utérine et essaie la réduction sans aucun résultat autre que la provocation d'une hémorragie.

25 mai. — Elle est vue par Fergusson qui essaie la réduction manuelle, mais comme il provoque une forte hémorragie il abandonne toute idée de nouvelle tentative. Il tamponne alors le vagin à la gaze iodoformée pour arrêter l'hémorragie et essayer la réduction par pression continue. Ce tamponnement provoque des douleurs insupportables.

26 mai. — Anesthésie. Opération. Incision de la paroi utérine postérieure à la Küstner sans ouvrir le péritoine. Essai de réduction rapidement abandonnée craignant une déchirure. On termine par une hystérectomie vaginale. Ablation des ovaires, l'un est kystique et fut déchiré pendant les manœuvres de réduction, l'autre adhérent.

À l'examen de la pièce enlevée on constate un petit fibrome sous-péritonéal occupant l'infundibulum d'inversion.

Suites à peu près normales. Guérison.

L'auteur pense que l'inversion s'est produite dès le moment de l'accouchement; petite au début, elle aurait progressé lentement et insidieusement.

OBSERVATION XXXIII

MORISANI. — *Un cas d'inversion chronique de l'utérus traité par la Colpo-hystérotomie postérieure*, rapporté par M. Bonte. Thèse de Paris 1900, p. 54.

Femme de vingt-cinq ans; accouchée à terme; délivrance

par tractions énergiques sur le cordon. Hémorragie très abondante. Quinze jours après l'accouchement, à l'occasion d'un effort, apparition à la vulve d'une tumeur du volume d'une tête d'enfant, saignant abondamment.

Pendant sept ans, elle suit divers traitements, sans efficacité. Pendant les trois dernières années plusieurs applications du colpeurynter de Braun sans résultat appréciable.

6 février 1896. — Elle est opérée par le professeur Morisani, de Naples.

Asepsie des voies génitales. Abaissement de l'utérus au moyen d'un tube élastique appliqué sur la partie la plus élevée du corps inversé. On fixe alors la lèvre postérieure du col avec deux pinces de Martin et on supprime le lien élastique. L'utérus recouvert d'une gaze stérilisée est refoulé en avant vers le pubis. Le cul-de-sac vaginal postérieur ainsi découvert est incisé transversalement sur une longueur de 1 cm. 5 et le Douglas ouvert. On explore l'infundibulum avec l'index et on fait une nouvelle tentative de taxis. Celle-ci n'ayant pas réussi, on agrandit la brèche du Douglas, d'un ligament utéro-sacré à l'autre. Sur l'index introduit, dans l'infundibulum, comme guide, on incise au bistouri boutonné la paroi postérieure de l'utérus. Cette incision, verticale et médiane, intéresse le col et une partie du corps utérin. Nouvelle tentative de taxis. Alors on prolonge l'incision utérine jusqu'au fond de l'organe et on réduit l'inversion en dépliant l'utérus dans le vagin.

Après hémostose complète de la tranche utérine qui saigne d'ailleurs très peu, on suture la paroi utérine par 12 points profonds et 2 superficiels à la soie.

L'utérus est repoussé à travers l'ouverture du cul-de-sac

postérieur, il regagne sa place en légère antéversion.

Le cul-de-sac postérieur est laissé ouvert et, après large irrigation à l'eau stérilisée, il est tamponné à la gaze pour maintenir l'utérus dans la position voulue.

Suites opératoires normales, sauf le sixième jour, la température atteint 40 degrés, catarrhe bronchique... Ces phénomènes cèdent à une injection hypodermique de quinine et à une injection intra-utérine de sublimé à 1/500. Sortie le dixième jour après l'opération en excellent état.

Dix-huit mois plus tard : utérus en bonne position, fonctions normales.

Mai 1900. — État parfait de santé, règles normales, pas de gestation.

OBSERVATION XXXIV

ENRICO SAVA. (1), *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*,
Napoli, anno IV, 1897, p. 537.)

Un cas d'inversion chronique de l'utérus opéré par le procédé de Piccoli.

Giovanina P..., réglée à quinze ans, I-pare. Gestation et accouchement normaux à l'âge de dix-sept ans, délivrance par tractions énergiques sur le cordon. L'utérus est inversé et le placenta reste adhérent. Un médecin décolle le placenta et repousse l'utérus dans le vagin sans réduire l'inversion. Hémorragie grave qui s'est continuée les jours suivants.

1. Observation rapportée par M. Bonte in thèse de Paris, 1900. p. 56.

Quelques jours après, l'utérus apparaît de nouveau à la vulve, il est refoulé dans le vagin et maintenu avec un pessaire, que l'on ne laisse en place que quelques jours pendant lesquels il produit pas mal de douleurs.

L'inversion est reconnue par un autre médecin qui essaie vainement la réduction manuelle. Pendant trois mois, il pratique des tamponnements vaginaux sans aucun résultat.

Le 20 juin 1897 la femme est opérée par le Dr Sava.

Chloroformisation. Tentative de réduction manuelle qui échoue.

Abaissement de l'utérus avec un lien élastique, il est ensuite porté en haut pour découvrir le cul-de-sac vaginal postérieur que l'on incise à 1 centimètre de son insertion sur une longueur de 5 centimètres. Le péritoine est largement ouvert.

Exploration des annexes à travers cette brèche.

Incision de la paroi utérine postérieure depuis l'incision du vagin jusqu'à 2 centimètres du fond. Réinversion facile. Suture de l'utérus dans le vagin par 14 points séparés, comprenant seulement la séreuse et la musculieuse.

La reposition de l'utérus dans la cavité abdominale est impossible, la brèche vaginale étant insuffisante. Une seconde incision de la paroi vaginale élargit cette brèche. Cette incision est verticale et médiane, longue de 5 centimètres et se branche en T sur l'incision transversale. Refoulement facile de l'utérus. Suture de la plaie verticale du vagin au catgut. La plaie transversale est laissée ouverte et on introduit par là des lanières de gaz pour assurer le drainage. Tamponnement du vagin.

Suites opératoires des plus simples. Sortie le quinzième jour.

En juin 1900, on apprend que la femme jouit d'une excellente santé. Pas de gestation.

OBSERVATION XXXV

(E. WESTERMARK (1), (*Zentralblatt für
Gynækologie*, n° 4, 1899, p. 106.)

Un cas d'inversion utérine opéré par une méthode nouvelle

Augusta K..., vingt-six ans, I-pare, entre à la Clinique Gynécologique de l'hôpital Saint-Séraphin (de Stockholm) le 17 septembre 1897, et sort guérie le 10 octobre.

Réglée à dix-huit ans. Accouchée à terme à la maternité de Stockholm. Grande hémorragie après l'expulsion du fœtus, œde qu'après expulsion du placenta par la méthode de Crédé et injections intra-utérines à 48 degrés. Pendant les suites de couches pertes de sang abondantes, qui deviennent fétides à partir du quatrième jour, s'accompagnent de céphalée, frissons, fièvre. Rétention d'urine pendant les premiers jours, puis tout rentre dans l'ordre sauf les hémorragies qui se répètent plusieurs fois.

19 septembre. — On constate tous les signes de l'inversion utérine et on essaie la réduction manuelle sous chloroforme. Elle est impossible.

Un an après elle entre dans le service de Westermarck.

21 septembre 1897. — *Opération*. — Après désinfection

1. Observation rapportée par M. Bonte, thèse de Paris, 1900, p. 59.

soigneuse du champ opératoire on fait plusieurs tentatives de réduction manuelle sous chloroforme ; elles échouent même après fixation du col avec des pinces.

On renonce à la clopeuryse à cause de la fièvre continue (température 38°3, pouls 90), et on décide de réinverser l'organe par une intervention sanglante.

Incision transversale du cul-de-sac postérieur du vagin et ouverture du péritoine. L'index introduit dans l'infundibulum sert de guide au bistouri qui incise la paroi utérine depuis l'orifice externe jusque près du fond.

Réduction de l'inversion dans le vagin en dépliant l'organe et en ramenant en avant les deux lèvres de l'incision utérine. Suture de la plaie utérine par des points séparés au catgut solide.

Réintégration de l'organe dans le ventre à travers la brèche transversale du vagin et suture de cette plaie à la soie.

Les premiers jours température élevée, aux environs de 39 degrés, puis elle baisse progressivement, et le 10 octobre la femme sort guérie. Utérus en rétroversion, peu mobile.

4 novembre 1898. — La femme est en état de gestation au cours du deuxième mois. L'utérus est toujours en rétroversion.

OBSERVATION XXXVI

(ELIS ESSEN-MOLLER, *Zentralblatt für Gynækologie*, n° 46, 1898, p. 1249.)

Traitement de l'inversion utérine chronique puerpérale

J. S..., trente ans, I-pare. Réglée à quinze ans régulièrement.

Accouchée spontanément le 9 novembre 1897. Délivrance artificielle, hémorragie abondante. Ensuite hémorragies à répétition pendant cinq mois et demi.

28 avril 1898. — Femme très anémiée présentant tous les signes de l'inversion utérine. Tentative de réduction manuelle qui échoue sous chloroforme.

26 mai 1898. — Opération pratiquée par Borelius.

Tentative de réduction manuelle sans résultat.

Incision transversale du cul-de-sac postérieur du vagin et incision de la paroi utérine d'après la méthode de Küstner. La réduction est impossible.

On prolonge alors l'incision utérine, qui intéresse toute la hauteur de la paroi depuis l'incision du vagin jusqu'au fond. Les deux lèvres de l'incision utérine sont saisies et repliées en avant, l'organe fut donc retourné dans le vagin. Cette manœuvre fut exécutée très rapidement.

Suture de la paroi utérine en deux plans en commençant par le fond ; réintégration de l'organe dans la cavité abdominale, à travers la brèche vaginale, où il reprend sa position normale.

Suture du cul-de-sac de Douglas et du vagin.

Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

Guérison sans réaction.

La malade quitte l'hôpital le 19 juin. L'utérus est en rétroversion.

OBSERVATION XXXVII

(PRUNTSI, rapporté par WALLGREN, *Archiv für Gynækologie*
vol. 63, 1901, p. 637.)

Étude sur l'inversion utérine

D. K., quarante et un ans, multipare, entrée à l'hôpital du gouvernement d'Uleaborg le 8 mars, sortie guérie le 2 juillet 1898.

Cinq accouchements et 2 avortements.

Dernier accouchement 26 janvier 1898, sans aucune assistance. La femme ne remarque rien d'anormal sauf quelques douleurs dans l'abdomen. Cinq semaines après l'accouchement, lorsqu'elle quitta le lit, la malade perçoit une tumeur qui sort de la vulve.

A son entrée à l'hôpital, la femme est très anémiée. Elle présente une inversion utérine, et on constate qu'une partie du placenta est encore adhérente à l'utérus. Il se laisse facilement décoller après extériorisation de l'utérus. La surface muqueuse de l'utérus étant le siège d'une infection très marquée, on renonce à l'idée de la réinversion manuelle. On se contente de pratiquer la baignoire vaginale avec une solution de lysol à 1 o/o et on institue un traitement général contre l'état d'anémie de la femme.

25 mai 1898. — Opération pratiquée par Pruntsi. Opération de Küstner, réduction impossible. On prolonge alors l'incision utérine jusqu'à l'incision du vagin. Réinversion facile, dans le vagin, comme dans les cas précédents. Suture

de l'utérus en deux plans, plan profond à la soie, plan superficiel au catgut. Réintégration de l'organe par l'ouverture du Douglas. On termine ensuite la suture du col et on ferme la plaie du vagin au catgut.

Drainage du Douglas avec une mèche de gaze iodoformée qui remonte jusqu'au fond de l'utérus.

Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée, que l'on enlève quarante-huit heures après.

Guérison sans incident. Utérus mobile en position normale.

15 avril 1899. — Utérus de volume normal, mobile, orifice cervical externe ouvert, un peu irrégulier. Règles normales reparues quatre semaines après la sortie de l'hôpital.

OBSERVATION XXXVIII

(H. DURET, rapportée par M. Bonte. Thèse de Paris
1900, p. 51.)

Nouvelle opération conservatrice pour la cure de l'inversion utérine irréductible

Josephine B..., vingt-deux ans, I-pare, entre dans le service de M. Duret, le 6 juin 1898, atteinte d'inversion utérine datant de six mois, consécutive à son accouchement ; la délivrance avait été pratiquée par tractions énergiques sur le cordon.

Plusieurs tentatives de réduction manuelle restent infructueuses.

Opération de Küstner. — Il est impossible de pratiquer la réduction par ce que l'orifice externe non sectionné met obstacle absolu à la réintégration du fond de l'organe.

Après plusieurs manœuvres sans succès, l'opérateur ne voit plus qu'une ressource, l'hystérectomie. Mais avant de pratiquer cette opération M. Duret eut l'idée de prolonger l'incision utérine en haut et en bas et il exécute alors la colpo-hystérotomie postérieure totale.

Suites opératoires excellentes. Elle sort guérie le 18 juin 1898.

État deux ans après l'opération, le 1^{er} juillet 1900 : État général excellent. Les règles sont reparues trois mois après l'opération (en septembre).

Gestation. — Dernières règles mai 1899, la gestation évolue normalement. Accouchement à terme le 24 février 1900, après l'expulsion spontanée du fœtus hémorragie. Hémorragie de la délivrance et délivrance artificielle.

En juillet 1900, utérus mobile en position normale. État général excellent. La femme allaite son enfant.

OBSERVATION XXXIX

(BORELIUS-GRÆVE, *Zentralblatt für Gynækologie*,
1899, n° 30, p. 911.)

Traitement opératoire conservateur de l'inversion utérine puerpérale

Femme de trente-trois ans, I-pare. Accouchement normal 15 décembre 1898. Délivrance par tractions sur le cordon et expression. Hémorragie, collapsus. Inversion utérine. On ne fait aucun traitement.

Entrée à l'hôpital le 13 février 1899. Inversion utérine presque complète.

20 février. — Application d'un colpeurynter après tamponnement des culs-de-sacs vaginaux à la gaze iodoformée. Déchirure de la paroi postérieure du vagin, qui guérit un mois après.

21 mars 1899. — Opération par von Græve. Chloroforme. Essai de réduction manuelle après fixation du col avec des pinces, échoue. Incision transversale de la paroi postérieure du vagin et essai de réduction sans succès. Incision médiane de la lèvre postérieure du col en partant de l'incision du vagin. Réduction impossible. On prolonge l'incision utérine jusqu'au fond, réduction facile dans le vagin en dépliant l'utérus. Suture de l'utérus dans le vagin, et réintégration dans l'abdomen par la plaie vaginale. Suture du vagin. Drainage du Douglas avec une mèche de gaze iodoformée.

Guérison. Utérus rétro-fléchi.

OBSERVATION XL

(G. HEINRICIUS. — *Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe und Gynækologie*, 2^e année, 1910, p. 67.)

Sur la colpo-hystérotomie postérieure dans l'inversion utérine

P. A., trente-sept ans, multipare, entrée le 18 janvier 1900.

Trois accouchements normaux.

Quatrième accouchement (9 février 1899) spontané. Déli-

vrance artificielle. Hémorragies à répétition pendant trois mois.

Diagnostic à l'entrée : Inversion utérine complète datant de onze mois et demi.

24 janvier 1900. — Colpo-hystérotomie postérieure totale. Réinversion et suture de l'utérus dans le vagin ; deux plans de sutures depuis le fond jusqu'à l'orifice interne. Reposition de l'organe. Suture incomplète du vagin pour permettre le drainage du Douglas avec une mèche de gaze iodoformée. Le col utérin n'est pas suturé. Tamponnement de la cavité utérine à la gaze iodoformée.

Guérison. Utérus en rétroflexion.

Au mois d'août 1909 accouchement à terme.

OBSERVATION XLI

(DRANITZIN, *Jurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei*
Januar 1901. *Frommel's Jahresbericht*
vol. XV, 1902, p. 133.)

*Un cas d'inversion utérine invétérée guérie par la méthode
de Piccoli*

Essai de réduction manuelle après fixation du col par
5 fils passés dans l'épaisseur du col, sans aucun résultat.

Opération de Piccoli pratiquée par von Ott. Guérison.

OBSERVATION XLII

(H. BORN. *Beiträge zur Geburtshilfe und Gynækologie*
Festschrift. Prof. H. Fritsch, 1902, p. 20.)

Contribution au traitement chirurgical conservateur de l'inversion utérine chronique

Femme de vingt-cinq ans. I-pare. Accouchée spontanément le 30 novembre 1896. Délivrance artificielle. Inversion complète de l'utérus s'est produite spontanément ; au début, elle était partielle puis elle s'est complétée progressivement. On n'a pas essayé la reposition immédiate, l'utérus paraissant infecté. Plus tard, plusieurs tentatives de réduction manuelle ainsi que le colpeurynter, échouent.

1^{er} juillet 1901. — *Opération.* — Après l'ouverture du Douglas, on incise l'utérus sur sa face postérieure depuis l'incision du vagin jusqu'au milieu du corps. On essaie vainement la réduction. On prolonge l'incision jusqu'au fond et la réinversion est rapide et facile. Réintégration de l'utérus dans l'abdomen après avoir suturé la plaie utérine dans le vagin. Fermeture de la plaie du vagin, puis on complète la suture du col utérin.

Guérison. Utérus en rétroversion légère.

Accouchée à terme en 1906, sans aucun incident (1).

1. H. Born, *Ein Fall von Schwangerschaft und Geburt nach operativ geheilter chronischer Uterusinversion*. (*Zentralblatt für Gynækologie*, n° 4, 26 janv. 1907, p. 109).

OBSERVATION XLIII

(A. SCHULZE-VELLINGHAUSEN, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n° 9, 1903, p. 152.)

Contribution à l'étude du traitement chirurgical conservateur de l'inversion utérine puerpérale chronique

M^{me} R ..., vingt-six ans, I-pare, accouchée spontanément le 31 décembre 1901. Délivrance par expression et tractions énergiques. Grande hémorragie qui s'est répétée à plusieurs reprises jusqu'au 10 mars. Douleurs et tiraillements dans le bas ventre.

Diagnostic facile d'inversion utérine datant de deux mois et demi.

Entrée le 16 mars 1902, on fait plusieurs tentatives de réduction manuelle, elles échouent même après fixation du col avec des pinces.

24 mars 1902. — *Opération*. — Incision transversale du cul-de-sac vaginal postérieur. Incision verticale et médiane de la paroi utérine postérieure faite en plusieurs temps. Après chaque temps on essaie la réduction, mais elle ne réussit que lorsque toute la paroi a été incisée jusqu'au fond. Réinversion en dépliant l'utérus dans le vagin. Suture de l'utérus en deux plans, dans le vagin. Réintégration facile. Drainage du Douglas à la gaze iodoformée.

Guérisson. Utérus en rétroversion légère.

OBSERVATION XLIV

(J. GMEINER, *Prager Medizinische Wochenschrift*
n° 51, 1903, p. 665.)

Un cas rare d'inversion utérine chronique

M. M..., dix-sept ans, I-pare, avortement au cours du cinquième mois, cause inconnue, le 16 décembre 1902. Hémorragie après l'expulsion du placenta. Un médecin appelé constate que le col est ouvert et est perméable à un doigt. Il tamponne le vagin et prescrit de l'ergotine.

27 décembre. — Nouvelle hémorragie. Le col perméable à deux doigts permet de percevoir une tumeur intra-utérine spongieuse que l'on prend pour un débris de placenta et que l'on essaie d'extraire. Quelques jours après, à l'hôpital, on constate une inversion utérine presque totale. Le tamponnement, la colpeuryse, la réduction manuelle sous anesthésie restent infructueux.

En mars 1903. — Opération à l'hôpital de Leoben. Opération de Küstner échoue. Opération de Westermarck-Duret. Guérison. Rétroflexion extrême. Les règles reparaissent au mois de mai, sans aucune douleur.

OBSERVATION XLV

(RÖMHOLM, Rapportée par HEINRICIUS, in *Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe und Gynäkologie*, 1910, p. 67.)

III-pare, accouchée spontanément le 14 janvier 1904.

Hémorragie. Sept jours après l'accouchement, lorsqu'elle quitte le lit, nouvelle hémorragie suivie d'une autre encore plus grave.

Diagnostic: Inversion utérine.

16 juin 1904. — Opération de Piccoli-Duret.

Quelques années après gestation constatée au cours du sixième mois. Suites inconnues.

OBSERVATION XLVI

(G. HEINRICIUS, *Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe und Gynäkologie*, 1910, p. 67.)

Sur la colpo-hystérotomie postérieure dans l'inversion utérine.

H. H..., trente-quatre ans. II-pare. Entre à la clinique de Helsingfors le 11 juillet 1904, très anémiée.

Premier accouchement normal, deuxième accouchement spontanée le 5 juillet 1904. Hémorragie. Deux jours après, on constate l'inversion de l'utérus.

A l'entrée ; température : 40°6 Celsius ; pouls : 120 ; céphalée. Urines troubles

5 août 1904. — Colpo-histérotomie postérieure totale. Drainage du Douglas. Guérison. Utérus fixée en rétroversion.

5 juillet 1909. — Etat général bon, les règles ne sont pas reparues.

OBSERVATION XLVII

(VON NEUGEBAUER, *Zentralblatt für Gynäkologie*,

n° 47, 1906, p. 1297.)

*Kolpeurynter ou bistouri? — Un cas d'inversion
utérine d'origine puerpérale.*

Femme K..., dix-neuf ans, I-pare, accouchée spontanément et à terme le 3 décembre 1905. Délivrance par tractions sur le cordon et expression. Il se produit une inversion utérine totale, le placenta resté adhérent est décollé par la sage-femme.

Entre à la clinique le 4 mai 1906, très anémiée. Inversion utérine datant de six mois. Le colpeurynter provoque des violentes douleurs on est obligé d'y renoncer, en plus il produit une escharre superficielle et élévation de la température. Après guérison de l'escharre on repose le colpeurynter et on continue ce traitement pendant deux mois sans aucun résultat.

Juillet 1906. — Opération de Piccoli. Guérison.

OBSERVATION XLVIII

(M. WEISS, *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1^{re} année, n° 3, mars 1912, p. 272.)

*Colpo-hystérotomie postérieure dans le traitement de
l'inversion utérine chronique, d'origine puerpérale (1).*

M^{me} Cl..., vingt-six III-pare. Les premiers accouchements

1. Communication à la Réunion Obstétricale et Gynécologique de Nancy, séance du 6 mars 1902.

normaux. Dernier accouchement, application de forceps (septembre 1906). Inversion utérine réduite immédiatement par un médecin, elle se reproduit deux mois après. Tentatives de réduction sous chloroforme sans succès. Le tamponnement ne donne aucun résultat.

Entrée pour la seconde fois dans mon service en mai 1907. elle fut opérée par le procédé de Piccoli. Drainage du Douglas. Guérison.

OBSERVATION XLIX

(BLANC, de Saint-Étienne, in L. WIESS, thèse de Lyon, n° 87
1911, p. 29.)

Femme de trente ans. entre dans le service de M. Blanc en janvier 1909.

Accouchement à terme, il y a plusieurs années; délivrance par tractions sur le cordon. Pendant longtemps hémorragies abondantes et douleurs dans le bas ventre.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, la malade est dans un état d'anémie et d'infection graves. Température 40 degrés, pouls misérable, respiration faible, irrégulière et rapide. Pertes vaginales abondantes de sérosités fétides.

Au toucher, on constate une masse dure, piriforme, occupant tout le vagin, pédiculée; entourée au niveau de son pédicule par le col. Par le palper bi-manuel on ne perçoit pas l'utérus derrière la symphyse.

On essaie de repousser la tumeur, mais la réduction est impossible.

On institue un traitement général et local en attendant des conditions meilleures pour intervenir.

Quinze jours après son entrée, on pratique « l'opération de Küstner, colpo-hystérotomie postérieure, d'après le procédé de Duret ». Tous les temps de l'opération sont faciles sauf la suture de l'utérus. Les lèvres de l'incision se rapprochent mal, les fils coupent. Dès le lendemain de l'opération, température à 40 degrés, douleurs abdominales généralisées, vomissements.

Mort quarante-huit heures après l'opération.

A l'autopsie, on constate que les sutures de l'utérus ont cédé. Péritonite généralisée.

OBSERVATION L

(E. SEALY. *The American Journal of Obstetrics*, vol. LX
n° 2, 1909, p. 284.)

*Inversion de l'utérus datant de deux ans et quatre mois,
guérie par colpotomie postérieure et section postérieure
de l'utérus.*

A. F..., vingt-neuf ans, III-pare, entrée à l'hôpital le 2 février 1909.

Les deux premiers accouchements normaux.

Dernier accouchement, 27 septembre 1909, version par manœuvres internes sous anesthésie. Depuis son accouchement, il y a deux ans et quatre mois, elle a des pertes de sang presque continuelles, surtout abondantes au moment des règles. La femme est très anémiée.

A son entrée, diagnostic facile d'inversion utérine chronique.

4 février 1909. — Anesthésie à l'éther. Essai de réduction manuelle sans résultat. *Opération de Piccoli*. Guérison. Réapparition des règles cinq semaines après l'opération.

OBSERVATION LI

(SCHOCKAERT, *Bulletin de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. XX, 1909-1910, p. 20.)

Cas d'inversion utérine irréductible guérie par l'opération de Küstner-Duret

Femme de dix-neuf ans. I-pare, accouchée à terme le 3 janvier 1909. Délivrance immédiate par tractions énergiques sur le cordon. Inversion totale. On décolle le placenta et on réduit l'utérus. L'inversion se reproduit, plusieurs hémorragies.

Entrée à l'hôpital de Louvain le 26 avril 1909.

27 avril. — Anesthésie. Essai de réduction manuelle après fixation du col avec deux pinces, aucun résultat.

Opération de Piccoli-Duret. Suites normales. Guérison.

OBSERVATION LII

(POLOSSON, observation rapportée par L. WIESS, thèse de Lyon, n° 87, 1911, p. 28.)

H. A..., vingt-sept ans, I-pare. Accouchée à terme il y a cinq mois; délivrance par tractions énergiques sur le cordon.

Douleurs violentes pendant les premières vingt-quatre heures, puis hémorragies à répétitions.

Diagnostic : inversion utérine chronique.

12 octobre 1909. — Colpo-hystérotomie postérieure totale.

Drainage du Douglas.

Suites opératoires normales. Guérison.

OBSERVATION LIII

(R. E. DAVISON, *New-York Medical Journal*, t. XCII,
1910, p. 713.)

Inversion puerpérale de l'utérus

M^{me} B..., vingt-huit ans. III-pare. Entrée le 12 novembre 1909.

Réglée à treize ans, régulièrement.

1^{re} gestation : vomissements graves qui amènent l'avortement au cours de la septième semaine.

2^e gestation : accouchement à terme, application de forceps, enfant vivant, mort à sept mois d'entérite.

3^e gestation : accouchement à terme, 9 septembre 1909, application de forceps. Le placenta est expulsé en même temps que l'utérus s'inversait ; on n'a pas de détails sur le mécanisme de cette inversion.

Toutes les tentatives de reposition manuelle échouent, même sous anesthésie.

13 novembre 1909. — *Opération*. — Anesthésie à l'éther. Incision postérieure du col. Essai de réduction sans résultat. Incision longitudinale de la paroi vaginale, on prolonge

ensuite l'incision utérine jusqu'au fond. Réduction, suture de l'utérus. On le refoule dans l'abdomen par la brèche vaginale Suture du vagin.

Guérison. Utérus en rétro-version.

OBSERVATION LIV

(BLANC, de Saint-Étienne, rapportée par L. WIESS,
thèse de Lyon, n° 87, 1911, p. 31.)

Femme de trente-deux ans, III-pare.

Dernier accouchement à terme, spontané (il y a quatorze mois); délivrance par tractions énergiques sur le cordon. Hémorragies très abondantes et violentes douleurs dans tout l'abdomen. Les hémorragies se répètent les jours suivants.

Entrée à l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne le 29 décembre 1909.

Diagnostic : inversion utérine datant de quatorze mois.

Essais de réduction manuelle sans résultat.

A l'entrée la température était à 39 degrés, elle se maintient entre 39 et 40 degrés; on désinfecte soigneusement le vagin, et la température tombe à 38°, puis 37 et 37°5.

18 janvier 1910. — *Opération.* — Colpo-hystérotomie postérieure totale. La suture est difficile au niveau du fond de l'utérus, les fils coupent un peu. Drainage du Douglas.

Le lendemain température 40 degrés, le soir 40°5, vomissements, douleur abdominale, météorisme. Cet état se maintient pendant cinq jours puis l'état de la malade s'améliore progressivement. Par le drain du Douglas il s'est écoulé un peu de sang et de sérosité.

Guérison.

OBSERVATION LV

(M. LEMAIRE, *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*,
t. XIV, 1911, p. 470.)

*Inversion utérine datant de onze mois. — Colpo-hystérotomie
postérieure. — Retournement impraticable. — Hystérec-
tomie vaginale. Guérison (1).*

M^{me} B..., vingt-trois-ans, I-pare, entrée à l'hôpital de Dunkerque le 7 décembre 1910, avec le diagnostic d'inversion utérine. Elle est accouchée le 13 janvier; l'inversion datait donc de onze mois. Le fœtus avait été extrait par une application de forceps; la délivrance fut pratiquée par des tractions légères sur le cordon. Hémorragie abondante nécessitant un tamponnement. Les hémorragies continuent pendant un mois.

L'inversion fut reconnue vers la fin de février et on fit des tamponnements vaginaux sans obtenir la réduction complète.

Décembre 1910 : *Opération.* — Tentative de réduction manuelle sans résultat. Colpo-hystérotomie postérieure totale. Il est impossible de retourner l'utérus qui est dur, scléreux. L'état d'anémie de la femme nécessitant une intervention rapide, on pratique l'hystérectomie vaginale par hémisection de l'utérus.

Guérison. — Il est impossible de retourner l'utérus

1. Communication à la Société d'obstétrique de Paris le 16 novembre 1911.

enlevé, sa paroi est dure et complètement sclérosée. L'infundibulum est tapissé de péritoine épaissi, rétracté qui même si l'organe s'était laissé réinverser n'aurait pu le recouvrir.

OBSERVATION LVI

(SZTEYNER, *Przegląd Chirurgiczny i Ginekologiczny*,
t. V, fasc. II, 1911, p. 243.)

Inversion utérine datant depuis un an (1).

M. K..., vingt-quatre ans, I-pare. Assistée à son accouchement par une empirique. Après la délivrance grande hémorragie. Les hémorragies se sont répétées fréquemment jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Opération par le D^r Slaski. Opération de Piccoli. Guérison.

OBSERVATION LVII

(M. WEISS, *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*. 1^{re} année, n° 3, mars 1912, p. 272.)

Colpo-hystérotomie postérieure dans le traitement de l'inversion utérine chronique, d'origine puerpérale (2).

M^{me} Ch..., vingt-deux ans, IV-pare; deux avortements, deux enfants vivants. Dernier accouchement il y a neuf mois.

1. Communication à la Société Gynécologique de Varsovie, séance du 24 février 1911.

2. Communication à la Réunion Obstétricale et Gynécologique de Nancy le 6 mars 1912.

Délivrance par tractions sur le cordon. Hémorragie abondante. Un médecin reconnaît l'inversion utérine et essaie vainement la réduction.

Entrée à l'hôpital de Nancy en juin 1911. Colpo-hystérotomie postérieure totale, réduction très facile. Guérison.

OBSERVATION LVIII

(N. DRUGESCO, *Consideratiuni practice asupra isterectomiei vaginale*. Bucarest, 1894, p. 64.)

Inversion complète et irréductible de l'utérus

Hystérectomie vaginale. — Guérison.

Z. D..., vingt-quatre ans, ménagère, III-pare.

Réglée à quatorze ans. Un avortement et deux accouchements à terme, les deux terminés artificiellement par applications de forceps.

Entrée à l'hôpital le 3 novembre 1891.

Le dernier accouchement remonte à six mois. Pendant l'extraction du placenta l'utérus est inversé. Depuis, des hémorragies fréquentes et abondantes ont anémié la femme.

9 novembre. — Essai de réduction par le procédé de Tate. sans succès.

15 novembre. — Opération par M. Leonte. Incision du cul-de-sac antérieur du vagin. On fend le col dans toute sa hauteur et on essaie encore la réduction. Celle-ci étant impossible on pratique l'hystérectomie vaginale. Ligatures à la soie sur les pédicules.

Suites opératoires normales.

26 novembre. — La plaie vaginale est fermée, la femme quitte l'hôpital guérie.

OBSERVATION LIX

(F. A. KEHRER, *Beiträge zur Geburtshilfe und Gynaekologie*,
1^{er} Band, 1898, p. 100.)

Contribution au traitement chirurgical conservateur de l'inversion utérine

Le 5 février 1898 entre à notre clinique la femme W..., I-pare, accouchée spontanément le 20 juillet 1897. La délivrance a été faite par expression et tractions sur le cordon. Forte hémorragie, syncope, etc. Les jours suivants les hémorragies, un peu moins abondantes, réapparaissent à plusieurs reprises ; en même temps la femme se plaint de douleurs dans le bas ventre et dans les reins. Au moment où elle quittait le lit, pour la première fois, la femme dit avoir perçu quelque chose qui sortait du vagin.

A l'examen, on constate une inversion utérine incomplète, le col étant conservé sur une hauteur de 3 centimètres.

14 février 1898. — *Opération*. — Tentative de réduction manuelle sans résultat. On procède à la réinversion sanglante par la voie vaginale.

Abaissement de l'utérus, que l'on recouvre d'une compresse de gaze stérilisée. La paroi antérieure du vagin étant bien tendue et la lèvre antérieure du col bien exposée, on fait une incision médiane partant de l'orifice externe et

remontant jusqu'au-dessus du milieu du corps de l'utérus. Elle intéresse toute l'épaisseur de l'organe, et ouvre le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.

Je refoule alors avec le doigt la paroi postérieure et le fond de l'utérus dans la plaie de la paroi antérieure. L'utérus se laisse ainsi réduire. Lorsque la plaie commence à s'inverser aussi, je commence la suture de l'utérus, et je pose les points de suture au fur et à mesure que la réinversion s'effectue. La portion vaginale du col n'est suturée que plus tard. Le corps de l'utérus est refoulé dans l'abdomen par la brèche du péritoine. Suture du col par le canal cervical. L'utérus est en antéflexion.

Pendant les quatre premiers jours température à 40 degrés, puis elle tombe progressivement à la normale.

Guérison.

OBSERVATION LX

O. VON HERFF, *Zentralblatt für Gynækologie*, n° 16, 1907,
p. 425.)

*Réinversion opératoire par la méthode de Kehrer d'une
inversion utérine ancienne*

Femme, âgée de vingt-cinq ans, II-pare. Premier accouchement : application de forceps. Deuxième accouchement, en avril 1906. Extraction manuelle du placenta. Inversion utérine qui fut prise pour un prolapsus de l'utérus et on appliqua un pessaire. Cette femme présenta, quelque temps après, des phénomènes de psychose puerpérale, qui ont

duré trois mois. A la maison d'aliénés où elle fut internée on enleva le pessaire, et les hémorragies continuèrent plus ou moins fortes. Vers la fin de juin 1906, à la suite d'un effort de défécation, l'utérus reparut à la vulve. La femme, très anémiée, se présente à ma consultation et je constate une inversion utérine totale ancienne.

7 septembre 1906. — Tentative de réduction par colpeurynter rempli de mercure après tamponnement des culs-de-sac vaginaux à la gaze xérophormée. Elle échoue et détermine des douleurs insupportables.

11 septembre. — Tentative de réduction manuelle sous anesthésie, sans succès. Opération de Kehrer; l'incision de la paroi antérieure de l'utérus va jusque tout près du fond. Réduction. Suture de l'utérus en deux plans. Drainage du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin à la gaze xérophormée.

Guérison sans incident.

OBSERVATION LXI

(G. SPINELLI, *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*,
t. LIV, 1900, 2^e semestre, p. 195)

Cure chirurgicale conservatrice de l'inversion chronique de la matrice

Inversion utérine datant de quatre ans, opérée le 15 janvier 1899. Colpo-hystérotomie antérieure.

Le vagin étant largement ouvert par une valve vagino-périnéale, on fixe et on abaisse le col de l'utérus avec une pince à griffes. La muqueuse utérine est abrasée avec une curette.

Ouverture du cul de-sac vaginal antérieur.

Introduction de l'index, dans l'infundibulum d'inversion à travers la brèche faite ; il pénètre aussi profondément que possible. Sur le doigt comme guide, incision de la paroi antérieure de l'organe, verticale et médiane, dans toute sa hauteur, depuis l'orifice cervical externe jusqu'au fond ; elle intéresse toute l'épaisseur de la paroi (muqueuse, musculuse et séreuse).

Réinversion facile.

L'utérus se trouve alors dans le vagin, en antéversion forcée, le fond en bas et le col en haut.

Suture de la plaie utérine, dans toute sa hauteur, par des points séparés au catgut.

Réduction dans l'abdomen et fixation de l'organe en antéversion par un fil de catgut qui embrasse le vagin, le péritoine et la paroi antérieure de l'utérus au-dessous du fond de l'organe.

OBSERVATION LXII

(OUI, Communication au XIII^e Congrès des Sciences médicales de Paris, 1900, séance du 7 août. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. LIV, 1900, p. 121.)

Intervention chirurgicale dans un cas d'inversion utérine datant de cinq mois (résumé de l'auteur).

Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, chez laquelle des tractions immodérées et précoces exercées sur le cordon ombilical au cours de la délivrance amenèrent une inversion complète de l'utérus.

Cet accident fut longtemps méconnu et ne fut diagnostiqué qu'à l'hôpital où la femme entra au bout de cinq mois, épuisée par d'abondantes hémorragies.

Le 13 juillet, après des tentatives infructueuses de taxis, M. Ovi pratique une intervention sanglante. Son intention était primitivement d'exécuter l'opération préconisée et pratiquée par Doyen : ouverture du cul-de-sac vaginal antérieur, incision de la lèvre antérieure du col utérin et réduction consécutive. Mais l'incision du col ne suffit pas, et pour pouvoir retourner l'utérus il a fallu prolonger l'incision jusqu'à 1 cm. 5 à 2 centimètres du fond de l'organe. Après suture du corps utérin, l'organe reconstitué fut réintégré dans l'abdomen par l'ouverture du vagin, puis le col fut suturé à son tour.

La malade guérit sans complications.

OBSERVATION LXIII

(W. THORN, *Münchener Medizinische Wochenschrift*, n° 25, 1900, p. 856.)

Contribution au traitement opératoire de l'inversion utérine.

— *Quelques remarques concernant son étiologie et son importance au point de vue de la médecine légale.*

Femme, trente et un ans, très anémiée, cardiaque. Gestation assez troublée. Le 4 septembre 1899, accouchement, forceps sous anesthésie. Avant de pratiquer la délivrance, on constate que la partie moyenne du fond de l'utérus est déprimée, ce qui donne à l'organe l'aspect d'un utérus bicorne.

La délivrance est faite par expression. Les suites de couches ne sont troublées que par la rétention des urines. Une thrombose de la veine fémorale confine la malade au lit jusqu'au commencement de novembre. Lorsqu'elle se lève, apparaît un léger écoulement sanguin auquel on ne fait pas attention. Le 26 et le 28 janvier 1900 violentes hémorragies ; on ne peut pratiquer le toucher vaginal à cause des douleurs qu'il provoque. Quelques jours après, l'inversion est reconnue, elle date de cinq jours. On essaie vainement le tamponnement vaginal, la kolpeuryse et la reposition manuelle sous anesthésie. Tout échoue. La malade se décide à entrer à l'hôpital où elle vient le 14 février 1900.

La femme est très anémiée, sa température élevée, le pouls rapide, l'abdomen est douloureux à la pression. Le vagin occupé par l'utérus inversé présente une ulcération sur sa paroi postérieure, recouverte d'une sécrétion gris sale, sanieuse. On désinfecte le vagin et on le tamponne à la gaze iodoformée. Contre la périmérite, glace sur le ventre et opium à l'intérieur. Lorsque les phénomènes infectieux se sont amendés, on essaie la réduction par le kolpeurynter sans autre résultat que la production de nouvelles hémorragies.

21 février 1900. — *Opération.* — J'ai d'abord essayé la réduction par la méthode de Kehrer et j'ai échoué. Alors, j'ai ouvert le cul-de-sac péritonéal yésico-utérin, j'ai détruit les adhérences et j'ai fendu toute la paroi utérine antérieure dans toute sa hauteur. J'ai réinversé l'organe, non sans quelque difficulté et après avoir suturé la plaie, j'ai réintégré l'utérus dans la cavité abdominale par la brèche du péritoine.

J'ai fermé la plaie du vagin et tamponné légèrement la cavité utérine

Guérison sans aucun incident. Les règles reparaissent douze jours après l'opération.

OBSERVATION LXIV

(G. GAYET, *Lyon Médical*, t. XCVII, nov. 1901, p. 679.)

Traitement de l'inversion utérine par la colpo-hystérotomie antérieure

Delphine G..., vingt-quatre ans, couturière, entre à la Charité de Lyon, salle Sainte-Madeleine, le 22 septembre 1901.

Réglée à quinze ans. Mariée à vingt ans. Accouchée il y a treize mois à son domicile, assistée par une matrone de village.

Elle aurait perdu beaucoup de sang et se serait évanouie au moment de la délivrance. Les jours suivants hémorragies très abondantes ; depuis elle continue à perdre beaucoup de sang ; il y avait aussi une leucorrhée continuelle. La femme est envoyée à la Charité avec le diagnostic de polype fibreux de l'utérus.

État actuel. — Jeune femme aux tissus décolorés, amaigrie très faible.

Toucher : le doigt rencontre dans le vagin une tumeur arrondie, lisse, régulière, très mobile et de consistance ferme mais élastique, du volume d'une mandarine. Le doigt la contourne aisément et on sent les lèvres du col formant une collerette autour du pédicule avec sillon circulaire.

Palper bimanuel permet de reconnaître l'absence de l'utérus à sa place.

A l'inspection, en écartant les parois du vagin avec les valves, on voit une tumeur rosée, présentant par places des taches blanchâtres analogues à la leucoplasie buccale. La surface saigne au moindre contact ; elle pâlit sous la pression et lorsqu'on la comprime un moment, la tumeur diminue sensiblement de volume. Le sillon circulaire qui contourne le pédicule est peu profond et s'efface à la moindre traction sur la tumeur. Tous ces signes indiquent bien une inversion totale de l'utérus dans le vagin.

Immédiatement on endort la malade à l'éther et on procède à des manœuvres de taxis manuel après fixation du col avec quatre pinces de Museux ; on obtient une réduction partielle. Mais on ne les continue pas plus longtemps à cause de l'hémorragie et parce que les pinces menacent de dilacérer le col. On essaie ensuite la réduction par pression continue par un tamponnement très serré à la gaze iodoformée. Six jours après, on enlève les mèches de gaze, l'utérus non seulement n'est pas réduit, mais il a perdu le terrain gagné, il est dans le même état qu'à l'entrée de la malade.

On décide une intervention sanglante que l'on pratique le 29 septembre 1901.

Opération. — Anesthésie à l'éther. Antisepsie soignée du vagin.

Le col est saisi avec deux pinces à griffes.

Incision demi-circulaire de la muqueuse vaginale du cul-de-sac antérieur, immédiatement au contact du col. Décollement prudent de la vessie, que l'on maintient écartée avec une longue valve.

Incision du cul-de-sac péritonéal qui permet l'introduction de l'index gauche dans la lumière de l'invagination utérine ; le doigt reconnaît le revêtement péritonéal de l'utérus, l'absence d'adhérences, la présence des deux trompes.

Sur le doigt est glissée la pointe des ciseaux et on sectionne à petits coups la paroi antérieure de l'utérus suivant la ligne médiane jusqu'au niveau du fond en ayant soin d'éviter la blessure des trompes.

Il est facile alors de retourner complètement l'utérus dans le vagin. Suture de la fente créée sur la paroi antérieure par quatre points au catgut chromé, intéressant toute la paroi sauf la muqueuse ; puis une série de points séro-séreux au catgut fin ordinaire complètent l'occlusion.

L'utérus est ensuite réduit dans l'abdomen et la suture est complétée au niveau de la lèvre antérieure du col.

Drainage avec une mèche de gaze, du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. Un nuage de gaze complète le pansement.

Les suites n'ont pas été absolument simples.

Le lendemain, la température monte à 39° 5 le matin, 40° 2 le soir ; pouls à 128. La malade vomit tout ce qu'elle prend. Cette violente réaction péritonéale inspire des inquiétudes sérieuses.

Cependant, le ventre reste souple, pas de signes de paralysie intestinale. Diète absolue ; glace intus et extra ; injection d'un litre de sérum artificiel sous la peau.

Le troisième jour, température 39° 6 le matin, 40° 2 le soir ; pouls 135.

Les vomissements ont cessé. Même traitement.

4 octobre. — Premier pansement : ablation de la mèche de drainage.

Lavage vaginal. Col rouge et tuméfié. On replace une mèche dans le cul-de-sac vésico-utérin.

7 octobre. — La température qui se maintenait entre 38 et 39 degrés tombe à la normale. La malade se sent très bien, l'appétit est revenu, toutes les fonctions s'accomplissent normalement.

22 octobre. — La malade quitte l'hôpital entièrement guérie. L'examen au spéculum montre un col parfaitement reformé, le cul-de-sac antérieur est cicatrisé. Le toucher permet de constater que l'utérus est en position presque verticale, légèrement incliné en arrière.

La malade n'accuse absolument aucune douleur, même pendant la marche.

Les règles ne sont pas encore revenues.

OBSERVATIONS LXV et LXVI

(R. PETERSON, *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, août 1907, p. 196.)

Incision de la paroi antérieure de l'utérus (Colpo-hystérotomie antérieure) comme traitement de l'inversion chronique de l'utérus.

Premier cas. — Inversion utérine datant de seize mois, opérée en 1903 par le procédé de Spinelli. Incision de la paroi utérine antérieure dans toute son étendue, depuis l'orifice externe jusqu'au fond.

Réduction de l'inversion. Guérison.

Deuxième cas. — Femme de trente quatre ans. I-pare.

Accouchée en 1892 ; l'inversion de l'utérus succéda à cet accouchement. Nous avons vu cette malade à ce moment, et comme les tentatives de réduction manuelle et la pression élastique avaient échouées, nous avons proposé l'opération de Thomas, que la femme a refusée.

Pendant douze ans la femme conserva son utérus inversé. Les hémorragies, abondantes au début au moment des règles, surviennent depuis un certain temps dans leur intervalle. La femme très anémiée par ces pertes de sang presque continuelles entre dans mon service le 24 juin 1904.

1^{er} juillet 1904. — *Opération.* — On commence par une incision de la paroi antérieure du col, longue de 3 centimètres et n'intéressant pas le péritoine. Un essai de réduction par ce procédé reste sans résultat. On incise alors transversalement le cul-de-sac vaginal antérieur sur une longueur de 5 centimètres. On ouvre le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, et ensuite, on incise la paroi utérine en prolongeant la première incision jusqu'au fond. Cette incision intéresse toute l'épaisseur de la paroi utérine. La réinversion est faite dans le vagin en dépliant l'utérus. La muqueuse fait ectropion au niveau des bords de l'incision utérine, on est obligé de la réséquer de chaque côté pour permettre la réunion des lèvres de l'incision. Suture de la plaie utérine par un surjet au catgut ; quelques points superficiels sont placés sur le péritoine. L'utérus est réintégré dans la cavité abdominale par la brèche du cul-de-sac vaginal, que l'on referme en partie seulement, pour permettre un petit drainage avec une lanière de gaze.

Suites opératoires des plus simples. La femme sort de l'hôpital complètement guérie.

Nous avons eu des renseignements par le médecin qui nous l'avait envoyée. L'utérus est en position normale, mobile et la femme n'éprouve aucun trouble pelvien.

OBSERVATION LXVII

(GAILLARD-THOMAS, *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. franç., 1879, p. 389. — DÉNUCÉ, *Traité clinique de l'inversion utérine*. Paris, 1893, p. 336.)

Il s'agit d'une femme atteinte d'inversion chronique. Plusieurs tentatives de réinversion furent faites sans succès, dont l'une avec l'aide des incisions du col. « A peine eus-je retiré le bistouri que le sang jaillit abondamment d'une artère grosse comme la radiale, le jet était continu; pendant une demi-heure nous essayâmes en vain de lier cette artère... Nous arrê tâmes enfin l'hémorragie en passant un fil à travers la plaie et en liant les deux lèvres ensemble. »

Dans la semaine qui suivit cette opération, Thomas fit une dernière tentative dans laquelle il appliqua son procédé.

« Un aide, ayant sa main dans le vagin, souleva l'utérus de façon à ce que je puisse sentir l'anneau cervical à travers la paroi abdominale. Je fis lentement une incision sur la ligne médiane, puis je laissais la plaie exposée à l'air jusqu'à ce que tout suintement eut cessé. J'incisai alors le péritoine et j'introduisis mon doigt dans le sac, où je ne trouvais aucune adhérence. Remplaçant la main de l'aide par ma main gauche, j'introduisis le dilatateur en acier et je dilatais le rétrécissement. La dilatation fut très facile et très rapide.

mais le col se resserrait quand j'enlevais l'instrument. Je dilatais largement et je réduisis une partie de l'utérus. Je l'attirai jusqu'à la vulve, je le repoussai rapidement et reconnus avec plaisir qu'il était à peu près remplacé. Je l'attirai de nouveau cette fois à l'extérieur et je fus très effrayé de voir que l'artère coupée la veille saignait abondamment... je replaçai prestement l'utérus et fus charmé de voir l'une des cornes en place. Mais j'avais employé un peu plus de force que le vagin n'en pouvait supporter, et un de mes doigts passa entre l'utérus et la vessie. Une des cornes était encore invertie ; j'introduisis le dilatateur, et aussitôt l'utérus reprit sa position normale. L'artère saigne largement ce jour-là et dans le vagin et dans le péritoine à travers la fente vaginale... Enfin la malade se remit. »

OBSERVATION LXVIII

(T. GAILLARD, *Traité clinique des maladies des femmes*, traduct. franç., 1879, p. 389. — DENUCÉ, *Traité clinique de l'inversion utérine*, Paris, 1883, p. 337.)

Il s'agissait d'une femme de vingt-trois ans, atteinte d'inversion chronique. La malade avait été traitée par plusieurs chirurgiens qui avaient employé diverses méthodes. La dernière tentative de réduction avait duré plus de deux heures, sans donner de résultat, et avait été suivie d'une péritonite grave.

Après avoir éthérisé la malade et pratiqué une incision de 5 centimètres, j'introduisis le dilatateur dans le sac utérin, je le retirai, après avoir dilaté l'anneau cervical pendant un

quart d'heure. Nous fûmes surpris de la facilité avec laquelle l'utérus put être réduit. La plaie abdominale fut suturée, la malade replacée dans son lit. Tout alla bien pendant quarante-huit heures. Au bout de ce temps survint une péritonite généralisée qui fut rapidement mortelle.

OBSERVATION LXIX

(D'ANTONA, Communication à la VIII^e réunion de la Société italienne de Chirurgie de Rome en 1891, reproduite par Vignard, in *Archives Provinciales de Chirurgie*, tome XI, 1902, p. 737.)

P. F..., vingt-cinq ans, II-pare.

Inversion puerpérale, 1^{er} août 1887.

Taxis sous chloroforme sans résultat.

4 mars 1891. — (Trois ans et sept mois après), laparotomie.

L'orifice de l'infundibulum permet à peine l'introduction de l'index, les annexes plongent dans l'entonnoir d'inversion, pas d'adhérences.

La dilatation digitale ne donne aucun résultat ; on dilate à la pince de Billroth sans autre résultat que la lacération du revêtement péritonéal et la déchirure du feuillet postérieur du ligament large gauche.

Incision du bord antérieur de l'anneau de 2 centimètres, intéressant toute l'épaisseur de la paroi utérine. L'utérus est refoulé par le vagin, il se réduit mais l'incision s'est agrandie par déchirure jusqu'à entamer un peu l'insertion vaginale. Suture de la déchirure vaginale de la plaie utérine et du ligament large. Hystéropexie.

Guérison complète au bout de quarante jours.

A.-G. Théoharide

OBSERVATION LXX

(G. COSENTINO (1), *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*,
Napoli, anno I, 1894, p. 222.)

Nouvelle contribution à la méthode de réduction de l'utérus pour inversion chronique

Diana da R..., trente ans, mariée depuis huit ans (1883). Accouchée l'année suivante le 13 octobre 1884. Comme la délivrance retardait la sage-femme tire sur le cordon et amène le placenta en même temps que le corps de l'utérus. Syncope, etc. Dès le lendemain tentative infructueuse de réduction par le taxis. Pendant sept ans, on fit plusieurs tentatives de réduction sans résultat.

22 mai 1892. — *Opération*, par Cosentino. — Laparotomie médiane. Après ouverture de l'abdomen, avec la main droite introduite dans le vagin je repousse l'utérus de manière que l'anneau d'inversion arrive dans la plaie abdominale. Je le dilate au doigt, puis j'applique 2 pinces de chaque côté sur la trompe et sur le ligament rond. Je les confie à mon aide qui exerce des tractions pendant que je refoule le fond par le vagin. Lorsque j'aperçois l'insertion de la trompe sur le fond de l'utérus, je place une autre pince sur laquelle je fais faire des tractions, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. La réduction est facile; dès que l'une des cornes utérines apparaît au-dessus de l'anneau, la réduction est obtenue. Deux

1. Communication au XI^e Congrès National de Médecine, 1894.

petites lacerations péritonéales saignent, elles sont réparées par des sutures au catgut.

Guérison dans l'apirexie complète.

Cosentino avait déjà opéré une autre malade par le même procédé et avec le même succès. Cette malade fut fécondée quelques mois après l'opération, sa gestation a été normale et elle s'est terminée de la façon la plus heureuse.

OBSERVATION LXXI

(G. SCHMALFUSS, *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1886, p. 744.)

*Inversion utérine puerpérale totale.—Menace de gangrène.
Guérison après laparotomie*

K..., dix-neuf ans, entre à l'hôpital le 12 novembre 1885.

Accouchée pour la première fois, il y a dix jours. Forte hémorragie. Pas de renseignements précis sur la délivrance. Par le palper, on ne perçoit pas l'utérus à sa place normale. A la vulve tumeur du volume du poing, œdématiée rouge-bleuâtre, s'amincissant vers le haut.

La réinversion sous chloroforme ne réussit pas.

La paroi utérine est tellement fragile que l'on craint la gangrène.

Laparotomie. Incision sus-pubienne de 15 centimètres sur la ligne blanche. Le bord antérieur de l'anneau est attiré dans la plaie avec des pinces de Museux. Dilatation de

l'anneau avec les doigts. L'utérus est refoulé par le vagin avec un tampon monté, la réinversion s'effectue.

Suites opératoires fébriles. Guérison.

Dix semaines après : la plaie abdominale est cicatrisée. Utérus de volume normal est mobile. État général bon.

OBSERVATION LXXII

(C. EVERKE, *Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, 1889. Bd. IX, p. 89. Résumé in article Vignard, *Archives Provinciales de Chirurgie*, t. XI, 1902, p. 738.)

Méthode conservatrice pour le traitement de l'inversion utérine puerpérale ancienne

N. N..., atteinte d'inversion totale de l'utérus, à la suite de son premier accouchement, il y a treize ans.

Traitée par son médecin, pendant un certain temps, à l'aide de tamponnements, kolpeurynter, etc., sans succès.

La malade se décide à se faire opérer parce que, au moment de ses règles, elle perd abondamment pendant huit jours, et surtout son premier enfant étant mort, elle désire être remise en état de concevoir à nouveau.

Laparotomie, en position déclive de Trendelenburg. Dans l'infundibulum d'inversion pénètrent les extrémités des trompes. Les annexes sont saines... On attire l'anneau avec deux pinces à traction et on l'incise sur son bord antérieur jusqu'à la vessie. Un aide essaie de refouler l'utérus par le vagin ; cette tentative échoue. Entre deux pinces, on incise le bord postérieur de l'anneau. Cette incision profonde ouvre

à la fois l'utérus et le vagin; le col et la partie inférieure du corps utérin sont intéressés. La réduction est effectuée par refoulement.

Suture de la plaie antérieure à la soie en un plan; la paroi postérieure est refaite en trois plans.

L'utérus est fixé à la paroi abdominale.

Guérison rapide.

Six semaines après : excellent état, règles revenues normalement. On peut espérer une gestation.

OBSERVATION LXXIII

(W. H. SKENE, *The Brooklyn, Medical Journal*
vol. IX, 1895, p. 686.)

Inversion utérine chronique. — Opération de Thomas. — Guérison

M^{me} D..., vingt ans, I-pare.

Accouchée il y a sept mois. Application de forceps. Depuis, la femme a eu des hémorragies répétées, plusieurs fois assez abondantes. L'inversion utérine ayant été reconnue dans les derniers temps, on fit des tentatives de réduction manuelle, qui restèrent infructueuses même sous anesthésie.

L'opération de G. Thomas, laparotomie et dilatation instrumentale de l'anneau fut insuffisante. Nous avons pratiqué alors des manœuvres mixtes; pendant que nous dilations l'anneau avec les doigts, un de nos assistants refoule l'utérus par le vagin. La fatigue nous empêche de mener à bien cette manœuvre. Nous avons transfixé alors le fond de l'utérus et

accroché avec une aiguille de Peaslee sur laquelle nous exerçons des tractions et nous arrivons ainsi à réduire l'utérus complètement.

Le péritoine ayant été lacéré en plusieurs endroits nous avons posé quelques points au catgut.

Tamponnement serré de la cavité utérine à la gaze iodoformée, que l'on enlève le lendemain et qu'on remplace avec une petite mèche de gaze. Ce jour, nous avons constaté l'existence d'une petite pistule vésico-utérine, que nous ne pouvons attribuer qu'au tamponnement très serré de l'utérus.

A part cet incident, les suites opératoires sont normales.

OBSERVATION LXXIV

(G. SPINELLI, *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*,
t. LIV, 1900, 2^e semestre, p. 195.)

Cure chirurgicale conservatrice de l'inversion chronique de la matrice

Jeune femme qui, lors de son accouchement, eut l'utérus inversé pendant la délivrance. Lorsque la femme se présente à l'hôpital l'inversion datait de neuf mois. Tentative infructueuse de taxis vaginal; on se décide à recourir au procédé de Thomas.

Le ventre ouvert, on cherche l'entonnoir d'inversion et on le dilate largement et en tous sens, au dilatateur d'Auvard. On essaie ensuite la réduction suivant le précepte de Cosen-tino : manœuvres combinées, refoulement de l'utérus par le

vagin et tractions sur les ligaments larges, les trompes et les ligaments ronds. Pendant ces manœuvres les annexes d'un côté furent rompues, puis en faisant des tractions sur les annexes du côté opposé la trompe se rompt et ensuite le ligament rond. Ablation des annexes; ensuite l'utérus fut enlevé par la voie vaginale.

La femme a guéri.

OBSERVATION LXXV

(M.-T. BRENNAN, *Revue médicale du Canada*,
n° 8, août 1900, p. 57.)

*Inversion utérine. — Nouvelle technique
opératoire. — Guérison*

M^{me} A..., trente ans, primipare.

Accouchée le 22 juillet 1900 : O. I. G. A. Application de forceps sous anesthésie pour lenteur de la période d'expulsion. Délivrance spontanée accompagnée d'une grande hémorragie. Traitement habituel.

3 août. — On fait le diagnostic d'inversion complète de l'utérus. Échec des tentatives de réduction sous anesthésie. La muqueuse utérine se desquame facilement et paraît sur le point de se sphacéler par endroits.

5 août. — Nouvelle tentative de réduction sans résultat.

Opération. — Position de Trendelenburg. Laparotomie médiane. On ne peut dilater suffisamment l'anneau pour permettre la réduction. Incision de 3 à 4 centimètres sur la ligne médiane postérieure, intéressant le col et le cul-de-sac

vaginal postérieur. Réduction de l'utérus par des tractions sur des pinces placées en échelons sur les lèvres de l'incision. Suture de la plaie utérine en trois plans au catgut. Fermeture de l'abdomen. Drainage de l'utérus avec une mèche de gaze après irrigation intra-utérine à l'eau boricquée.

Suites opératoires des plus simples.

La femme sort guérie le 10 août.

OBSERVATION LXXVI

(M.-T. BRENNAN. Note complémentaire,
Revue médicale du Canada, septembre 1901, p. 121.)

*De l'intervention abdominale
dans l'inversion utérine irréductible.*

Malade sous le coup d'une infection puerpérale très avancée, avec manifestations générales des plus alarmantes. L'utérus fut bien réduit, par le même procédé que dans le cas précédent, et la malade semblait bien aller lorsque, deux jours après, elle succombe à un œdème pulmonaire.

OBSERVATION LXXVII

(F.-W.-N. HAULTAIN, *The British Medical Journal*,
vol. II, 1901, p. 974.)

*Traitement de l'inversion chronique de l'utérus
par l'hystérotomie postérieure ; un cas traité avec succès.*

W..., vingt-quatre ans, entre dans mon service, à l'hôpital des Diaconesses d'Édimbourg, pour inversion utérine survenue

à la suite de son second accouchement. La délivrance avait été faite par une sage-femme par tractions énergiques sur le cordon. Grande hémorragie. Un médecin appelé fait le diagnostic d'inversion utérine et essaie en vain de la réduire.

Toutes les méthodes de réduction furent essayées sans résultat. La femme très anémiée (2.300.000 globules rouges et 28 o/o d'hémoglobine) est envoyée à l'hôpital des Diaconèses.

Examen local. — Tous les signes de l'inversion utérine. Un essai de réduction manuelle provoque une abondante hémorragie.

Neuf mois après la production de l'accident *laparotomie* : position déclive. Dans l'infundibulum d'inversion, se présentant sous la forme d'une fente transversale de 3 à 4 centimètres, on peut à peine introduire un doigt. On essaie la réduction en tirant sur les ligaments ronds et les trompes, aucun résultat. Incision du bord postérieur de l'anneau intéressant la paroi utérine sur un demi centimètre de longueur. La réduction est obtenue. Suture de la paroi avec un catgut fort qui prend en un surjet toute l'épaisseur de l'utérus. Points superficiels.

Fermeture de l'abdomen. Pas de drainage.

Femme ayant fait une convalescence ininterrompue.

Cette femme a eu deux gestations depuis son opération, les deux se sont terminées à terme sans aucun incident.

OBSERVATION LXXVIII

(F. GROSS, Procès-verbaux, mémoires et discussions du XIV^e Congrès de Chirurgie de Paris, 1901, p. 646.)

Trois cas d'inversion utérine

Ch.... J., vingt ans, primipare, accouchée le 20 septembre

1900, d'un enfant à terme. Délivrance spontanée. La sage-femme extrait manuellement un débris placentaire. Douleurs dans le bas-ventre, hémorragie. Huit jours après on fit le diagnostic d'inversion utérine et on pratiqua la réduction.

19 novembre. — On constate que l'utérus est inversé et on essaie la réduction manuelle sous chloroforme, sans aucun résultat.

5 décembre. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les trompes et les ligaments larges pénètrent dans l'entonnoir d'inversion ; on fait quelques tractions sur elles mais sans insister de peur de les déchirer. Dilatation de l'infundibulum avec deux écarteurs de Farabeuf et refoulement par le vagin, la réduction est obtenue. Déchirures longitudinales superficielles sur le côté gauche de l'utérus au niveau du point de contact du bord du dilateur, sutures par quelques points à la soie fine. Hystéropexie complémentaire.

Fermeture de l'abdomen en trois plans.

Suites opératoires des plus simples. Guérison.

Un an après elle n'éprouve aucune gêne.

OBSERVATION LXXIX

(E. VIGNARD, *Archives Provinciales de Chirurgie*, t. XI.
décembre 1902, p. 730.)

*Inversion utérine puerpérale ancienne. — Réduction après
laparotomie et hystérotomie postérieure. . . Guérison*

F..., trente ans, multipare. M'est adressée avec le diagnostic d'inversion utérine ancienne datant de trois mois, d'origine puerpérale.

Pas de renseignements précis sur la manière dont fut pratiquée la délivrance. Le diagnostic d'inversion utérine a été fait dix heures après l'accouchement et on a essayé de la réduire manuellement. Quelque temps après essai de réduction par le pessaire de Gariel sans succès.

Entrée à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 26 juillet, exsangue, amaigrie.

Diagnostic. — Inversion utérine complète.

Tentative modérée de taxis inutile.

27 juillet. — Laparotomie. Les annexes ont totalement disparu dans l'infundibulum. L'index est introduit avec peine dans l'infundibulum, puis l'autre index est glissé et on dilate l'anneau ; on essaie la réduction sans résultat. Débridement postérieur de l'anneau et tractions sur les annexes, la réduction s'effectue mais l'incision se prolonge par déchirure, alors j'incise presque toute la paroi postérieure de l'utérus. La réduction est obtenue. Sutures de la plaie par des points séparés comprenant toute l'épaisseur de la paroi sauf la muqueuse. Points superficiels séreux. Raccourcissement des ligaments ronds (6 à 8 cm.) pour éviter la rétroversion. Durée de l'opération : une heure.

Suites opératoires non fébriles.

Examen éloigné : règles normales, utérus en position normale.

OBSERVATION LXXX

(E.-W. CUSHING, *Annals of Gynecology and Pediatrics*,
vol. XV, janvier 1902, n° 1, p. 1.)

Traitement de l'inversion de l'utérus

X..., vingt-cinq ans, admise dans mon service pour des

fortes métrorragies. Accouchée de son premier enfant quatorze mois auparavant. Hémorragie, shock. Depuis, règles très abondantes, anémie extrême.

Diagnostic. — Inversion utérine, irréductible.

Laparotomie, position déclive. En tirant sur les ligaments larges et sur les ligaments ronds pendant qu'un aide refoule l'utérus par le vagin, on amène l'organe inversé dans la plaie abdominale. On dilate l'anneau aux dilateurs de Sims et de Goodel lentement et pendant longtemps, et l'aide refoule progressivement le fond de l'utérus. Au bout de vingt ou vingt-cinq minutes la réinversion est obtenue. Quelques petites éraillures du péritoine réclament quelques points superficiels au catgut. L'utérus est fixé à la paroi abdominale et le ventre est fermé.

Suites opératoires très simples. La femme sort complètement guérie.

OBSERVATION LXXXI

(E. NUNEZ, *Revista de Medicina y cirugía de la Habana*, n° 12, juin 1903, p. 277.)

Un cas d'inversion utérine. — Réduction par laparotomie et section postérieure de l'anneau

C. G..., vingt-sept ans, multipare, entrée à l'hôpital Mercedès le 20 avril 1903.

Accouchée pour la seconde fois d'un enfant vivant, à terme. Délivrance par tractions énergiques sur le cordon. Depuis cette époque, grandes hémorragies, anémie profonde.

Diagnostic. — Inversion utérine complète.

Toutes les tentatives de taxis restent négatives.

10 mai. — Laparotomie, position déclive.

Les trompes et les ovaires contenus dans l'entonnoir d'inversion sont légèrement œdématisées, par suite des troubles circulatoires. Aucune adhérence.

Incision médiane postérieure de 1 cmc. 1/2 de l'anneau. Le doigt passé par cette brèche dans le vagin pratique, le taxis central et la réduction est obtenue. Restauration de la plaie utérine par 2 points profonds au catgut et 5 superficiels à la soie.

Suites opératoires des plus simples. Guérison.

OBSERVATION LXXXII

(WILLIAMS, *The John Hopkins Hospital Bulletin*, vol. XVI, 1905, p. 386.)

Inversion de l'utérus

Femme âgée de vingt et un ans, I-pare; accouchement par application de forceps, extraction manuelle du placenta. Le troisième jour, poulx à 140. Utérus inversé serré étroitement, comprime la vessie, qui contient une grande quantité d'urines sanguinolentes.

La dilatation du col étant impossible, on pratique la laparotomie, incision de l'anneau et refoulement de l'utérus par le doigt introduit dans le vagin.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION LXXXIII

(A.-H.-F. BARBOUR, *The Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire*, vol. X, n° 4, octobre 1906, p. 364.

*Hystérectomie abdominale pour inversion utérine ;
dégénérescence graisseuse de la portion inversée*

M^{me} R..., trente-sept ans, III-pare, entrée à l'hôpital le 11 avril 1905.

Les deux premiers accouchements terminés par application de forceps, enfants mort-nés.

Dernier accouchement à terme il y a six mois, application de forceps, enfant mort. Hémorragie considérable après l'accouchement. Suites normales, sauf rétention d'urines pendant les trois premiers jours.

Examen à l'entrée. — Bassin rétréci *justo-minor*.

Tumeur dans le vagin, arrondie, unie, du volume d'une balle de Golf. Absence de l'utérus derrière la symphyse.

Diagnostic. — Inversion utérine complète.

Tentative de réduction manuelle sans résultat.

Huit jours après : Anesthésie générale. Laparotomie en position de Trendelenburg. Incision du bord postérieur de l'anneau d'inversion. Refoulement du fond par le vagin. L'incision utérine est prolongée sur le corps jusqu'à la réduction complète. On constate alors que la portion inversée de l'utérus est le siège d'une dégénérescence graisseuse très

marquée, on décide l'ablation par hystérectomie supra vaginale. L'ovaire gauche est conservé.

Examen de la pièce enlevée qui est constituée par le corps utérin, l'ovaire et la trompe droite. Le corps de l'utérus mesure 5 cm. 5 de hauteur, 5 centimètres de circonférence au niveau de l'isthme, sur la ligne d'amputation, et 12 centimètres de circonférence au niveau des orifices tubaires. Muqueuse lisse, dure, pâle, sans hémorragies. Le péritoine présente des plis longitudinaux au-dessous desquels on voit une couche de graisse. Les couches musculaires superficielles ont subi la dégénérescence graisseuse.

Examen microscopique. — La muqueuse disparue est remplacée par une couche fibreuse dense, sans aucun revêtement épithélial. Aucune trace de formation d'épithélium squameux stratifié, décrit par certains auteurs. Pas de glandes.

Les fibres musculaires dégénérées; on ne peut plus distinguer leur noyau. Entre les fibres des extravasants sanguins de divers âges, certains représentés seulement par le pigment sanguin. Dans les parties profondes de la paroi les fibres sont normales, tandis qu'elles sont complètement dégénérées dans les couches sous-péritonéales. Le noyau est absent et le protoplasme a subi la dégénérescence graisseuse. Péritoine épaissi et, par place, recouvert d'un dépôt fibri-neux.

On ne peut se rendre compte pourquoi la dégénérescence a atteint particulièrement le tiers externe du muscle. Si on accusait la compression elle aurait dû agir surtout au niveau de l'anneau constricteur.

OBSERVATION LXXXIV

(E. GROSS, *Zentralblatt für Gynækologie*,
n° 46, nov. 1907, p. 1433.)

*Traitement opératoire de l'inversion utérine
puerpérale ancienne*

P... Marie, vingt-trois ans, I-pare, réglée à dix-sept ans régulièrement.

Dernières règles fin avril 1906. Accouchée le 27 février 1907, application de forceps, enfant vivant. Hémorragie de la période de délivrance, Crédé et tractions sur le cordon. Inversion utérine, réduction et tamponnement vaginal. Lorsqu'on enlève le tamponnement l'utérus est trouvé inversé. Hémorragies répétées plusieurs fois.

25 août. — Elle vient à la consultation de la clinique. Femme très anémiée. Tumeur vaginale présentant tous les caractères d'un utérus complètement inversé.

Aucun essai de réduction non sanglante; on décide d'opérer la réinversion par la méthode de Küstner.

Injection intra-rachidienne à la novocaïne-adréraline (entre la deuxième et troisième lombaires), précédée d'une injection sous-cutanée de scopolamine-morphine. Mais, l'opération ayant duré une heure et demie environ, on a dû administrer un peu d'éther.

Incision transversale du cul-de-sac postérieur du vagin, le Douglas n'est ouvert qu'avec des grandes difficultés. Le doigt introduit dans l'infundibulum ne peut y pénétrer à

cause des adhérences. Le vagin est tamponné à la gaze iodoformée et on pratique la laparotomie pour réinverser l'utérus après destruction des adhérences.

A l'ouverture de l'abdomen, on constate que le péritoine vésical adhère à celui du rectum. On détruit les adhérences et on met l'anneau d'inversion à jour, auquel adhèrent les annexes et l'ovaire gauches, tandis que l'ovaire droit a été entraîné profondément dans l'infundibulum. On libère les annexes, on met à découvert l'ouverture du cul-de-sac vaginal. Essai de réduction après dilatation digitale de l'anneau, sans résultat. On fend alors la paroi postérieure de l'utérus par une incision commençant à 1 centimètre de l'orifice cervical externe et allant jusqu'au fond de l'organe. Les bords de la plaie utérine sont saisis avec des pinces à griffes et en exerçant des tractions sur ces pinces on obtient la réduction. La plaie utérine s'est prolongée un peu sur le fond par déchirure. Suture de l'utérus par des points séparés profonds à la soie ; plan de sutures superficielles musculo-séreuses. Drainage : une mèche de gaze passe par le vagin, une deuxième recouvre la plaie utérine et est amenée dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Légère élévation thermique le sixième jour (38°6) suites normales.

Sortie le 1^{er} octobre guérie ; utérus en antéflexion normale, mobile, petit, aplati d'avant en arrière.

OBSERVATION LXXXV

(F. W. N. HAULTAIN, *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, July 1908, p. 280.)

*Hystérotomie abdominale pour inversion chronique
de l'utérus (Mémoire sur trois cas)*

M^{me} B..., vingt et un ans. I-pare, m'est adressée par un médecin avec le diagnostic d'inversion utérine complète datant de vingt et un mois. Après la délivrance, qui fut faite par tractions sur le cordon, hémorragie considérable. Essais de réduction par la méthode d'Aveling sans aucun résultat.

Hystérotomie abdominale. Suites des plus simples.

Depuis l'opération la femme est accouchée d'un enfant vivant, à terme.

OBSERVATION LXXXVI

(F. W. N. HAULTAIN, *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, July 1908, p. 281.)

*Hystérotomie abdominale pour inversion
chronique de l'utérus*

M^{me} W..., vingt-quatre ans. I-pare, accouchée onze mois auparavant. Hémorragie ayant nécessité le tamponnement vaginal. Pendant huit mois aucun signe. Dernièrement elle s'aperçoit qu'une tumeur apparaît à la vulve et les hémorragies reprennent de plus en plus abondantes,

Diagnostic facile : inversion utérine complète.

Hystérotomie abdominale, réduction. Ablation d'un ovaire et d'un kyste para-ovarien.

OBSERVATION LXXXVII

(M. C. FOURNIER, *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, tome V, 1908, p. 694. Société d'Obstétrique de Paris, 16 avril 1908.)

Inversion utérine datant de sept mois

Femme accouché sept mois auparavant, application de forceps, dégagement en O. S. déchirure du périnée allant jusqu'à l'anus. Vient consulter pour métrorragies légères mais persistantes depuis son dernier accouchement.

L'utérus forme tumeur dans le vagin entourée au niveau de son pédicule par le col aminci.

Diagnostic. — Inversion utérine datant de sept mois.

Laparotomie, réduction impossible. Hystérectomie. L'organe enlevé ne peut être retourné.

OBSERVATION LXXXVIII

(A. COUVELAIRE, Communication à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris, séance du 3 avril 1911. *Annales de Gynécologie et d'Obsétrique*, juin 1911, p. 360.)

Inversion utérine puerpérale datant de soixante dix-huit jours

Femme de vingt-trois ans, accouchée chez elle, le 17 septembre 1910, d'un enfant vivant, de volume moyen, s'étant

présenté par le sommet (les dernières règles s'étaient terminées le 5 décembre 1909). La période de dilatation avait été longue (quarante-huit heures) et cinq heures après le début de la période d'expulsion, un médecin dut pratiquer une application de forceps. On manque de détails précis sur la façon dont fut pratiquée la délivrance. En tout cas, le diagnostic de l'inversion ne fut fait qu'après l'extraction du placenta. Il y eut à ce moment une forte hémorragie et la main introduite dans le vagin, dans le but de pénétrer dans l'utérus, rencontra la grosse masse constituée par l'utérus inversé. La réduction aurait été effectuée séance tenante et l'utérus tamponné.

Le lendemain, l'inversion s'était reproduite.

Les suites de couches furent exemptes d'accidents, et ce n'est que le 23 novembre, un peu plus de deux mois après l'accouchement, que la jeune femme, allaitant son enfant, entra à la clinique Baudelocque.

L'état général était bon, la température de 36° 8, le pouls était fréquent : 100 pulsations. Dans le vagin faisait saillie une tumeur globuleuse, du volume d'un gros œuf de dinde. Cette tumeur de consistance élastique, émergeait de l'orifice externe du col qui bridait le pédicule de la tumeur. La surface de la tumeur était légèrement tomenteuse; friable, saignant au moindre contact.

Sur le conseil de M. Pinard on tenta la réduction de l'utérus par l'application de ballons de Champetier de Ribes. Successivement quatre ballons d'une contenance de 350 grammes furent introduits dans le vagin, du 24 au 28 novembre.

Après l'expulsion du quatrième le 28 novembre, M. Pinard constata que le point déclive de l'utérus était moins distant

de l'orifice cervical que le premier jour et que les bords de l'orifice externe du col ne bridèrent plus aussi étroitement le pédicule de la tumeur utérine.

Quatre ballons furent successivement placés du 28 novembre au 1^{er} décembre.

Le résultat obtenu fut en somme nul.

Dans ces conditions M. Pinard décida de recourir à une intervention chirurgicale. Il voulut bien me confier le soin de la pratiquer et de choisir le procédé opératoire que je jugerai le meilleur.

Laparotomie sous-ombilicale, le 5 décembre. Position décline. L'entrée de l'infundibulum apparaît au centre du bassin. Les ovaires et les pavillons tubaires sont libres. Une partie des ligaments ronds, des trompes et des ligaments utéro-ovariens pénètrent dans l'infundibulum. Pas d'œdème, pas de congestion vasculaire; pas d'adhérences.

Le doigt pénètre dans l'infundibulum sans difficulté. Je le retire, l'anneau se resserre aussitôt. Dilatation progressive avec des bougies de Hégar, sans difficulté. L'anneau est extensible : mais la bougie est à peine retirée que l'anneau se resserre.

Plusieurs tentatives de refoulement pratiquées par voie vaginale par Cazeaux pendant que j'immobilise l'orifice de l'infundibulum sont pratiquées sans succès.

Je me décide alors à faire une section de l'anneau sur la ligne médiane postérieure, j'ouvre le vagin et je poursuis l'incision sagittale de l'utérus jusqu'à mi-hauteur de la face postérieure, incision économique à la manière d'Everke.

Une nouvelle tentative de réduction est faite par Cazeaux. Elle réussit... mais l'incision utérine s'est prolongée par déchirure jusque sur le fond.

Dans ces conditions je ne crois pas prudent de conserver l'utérus et je pratique l'ablation de l'utérus réduit.

Drainage (1 drain). suture de la paroi abdominale en trois temps.

Suites opératoires très simples.

La malade quitte la clinique le 28 décembre 1910, en parfait état.

Immédiatement après l'intervention, j'ai sur la pièce opératoire reproduit l'inversion.

La partie de l'utérus inversé, enlevé par hystérectomie supra-vaginale, forme une tumeur globuleuse ayant les dimensions suivantes :

Hauteur : 55 millimètres ; épaisseur transversale : 37 millimètres ; épaisseur antéro-postérieure : 38 millimètres.

La surface antérieure de cette masse globuleuse représente sur une hauteur de 35 à 40 millimètres, la surface intérieure de la cavité du corps et la partie haute du col utérin. Ces deux parties se différencient par la coloration différente rougeâtre au niveau du corps, blanchâtre au niveau du col et par l'existence d'un léger étranglement circulaire correspondant à la région de l'isthme.

L'épaisseur de la paroi utérine à la partie moyenne de la face postérieure du corps est de 12 centimètres.

Les deux ovaires ont le volume et l'aspect d'ovaires normaux.

L'ovaire droit a comme dimensions : 25 millimètres, 15 millimètres, 16 millimètres ; l'ovaire gauche : 30 millimètres, 12 millimètres, 15 millimètres. Les deux ovaires sont rabattus en arrière des pédicules vasculaires et divergent à peu près symétriquement, les pôles internes des deux ovaires étant distants de 3 centimètres environ.

Les ligaments utéro-ovariens pénètrent dans l'infundibulum d'inversion et on les suit nettement sur une hauteur de 15 millimètres à droite, 18 millimètres à gauche, jusque dans le fond de l'entonnoir.

En avant des ovaires émergent de chaque côté les pédicules utéro-ovariens et en avant d'eux les deux trompes sur une longueur de 6 centimètres. Les deux trompes ont leur aspect normal ainsi que les méso-salpinx. On les suit dans l'infundibulum sur une longueur de 28 millimètres, jusqu'à la corne utérine, un peu plus bas que les ligaments utéro-ovariens.

On suit de même les ligaments ronds qui, au sortir de l'infundibulum, divergent vers les régions inguinales.

Les annexes ont leur coloration normale. Il n'y a à leur niveau ni œdème ni stase veineuse.

Examen microscopique de la paroi du corps de l'utérus.
— On note que la partie tout à fait superficielle de la muqueuse utérine fait défaut : on observe quelques rares tubes glandulaires. Tant sur les coupes colorées à l'hématéine picriquée que sur les préparations teintes à l'orcéine-hématéine, ou à la laque ferrique d'hématoxyline, la paroi utérine ne présente rien de remarquable. Le myomètre offre son aspect habituel avec ses fibres cellules encore hypertrophiées et sa formation conjonctive très développée.

Pas de particularités du côté des vaisseaux.

Seule la muqueuse est intéressante à étudier, tout au moins dans sa couche superficielle, au-dessus des rares tubes glandulaires conservés. Cette couche superficielle frappe par sa coloration jaune vif sur les colorations colo-

rées à l'hématéine picriquée et elle est le siège d'une vascularisation intense.

A l'objectif 7, on constate qu'il s'est produit en cette zone une véritable nappe sanguine qui a dissocié le myomètre et le divise en lamelles parallèles. Chacune de ces lamelles, épaisse d'une ou deux fibres musculaires, est séparée de ses voisines par un interstice où apparaissent de nombreux globules rouges. Parfois, ces hématies sont contenues dans une lumière vasculaire marquée par de minces noyaux endothéliaux, mais souvent aussi les hématies sont répandues dans la formation conjonctive qui sépare et réunit à la fois les fibres cellulaires. Il s'agit donc d'une véritable suffusion sanguine.

On n'observe rien de tel dans les couches plus profondes de la paroi utérine : seules les couches tout à fait superficielles du myomètre offrent cette infiltration ou dissociation sanguine.

Au milieu des hématies qui flottent dans les espaces intermusculaires, on aperçoit çà et là, des éléments remarquables tant par leur volume que par leurs caractères structuraux. De dimensions notablement supérieures à celles des hématies, ces éléments présentent des formes irrégulières ; ils sont colorés en verdâtre par l'hématéine picriquée ; leur cytoplasma, contenant un ou plusieurs noyaux, apparaît farci de granulations jaunâtres, de volume variable, que l'on peut prendre au premier abord pour des détritiques globulaires. Il s'agirait, en somme, dans cette hypothèse, de leucocytes ayant phagocyté des restes, ou des débris d'hématies.

En résumé, le muscle utérin présente une structure normale en rapport avec la période d'involution à laquelle il

était arrivé. Les seules lésions portent sur la muqueuse infiltrée de suffusions sanguines. Ce fait anatomique répond aux constatations cliniques.

OBSERVATION LXXXIX

(M. FASANO, *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*.

Milano, n° 121, 1911, p. 1280.)

Sur l'inversion de l'utérus

F. H..., dix-sept ans, entrée à l'hôpital le 11 avril 1910.

Réglée à douze ans, régulièrement. Accouchement à terme il y a quatorze mois. Grande hémorragie après l'expulsion du fœtus, perte de connaissance. Hémorragies à répétition surtout abondantes au moment des règles.

Examen à l'entrée. — Femme anémiée, pouls à peine perceptible, fréquent (90 à la minute).

Toucher : dans le vagin, tumeur arrondie, du volume d'un œuf de poule, lisse, dure, élastique, sortant de l'orifice cervical externe.

Toucher combiné au palper ; paroi facilement dépressible, à la place du corps utérin on perçoit une dépression circulaire, un anneau dur.

Au spéculum : muqueuse congestionnée, érodée, ulcérée dans certains points, saignante. Le pédicule de la tumeur est entouré du col de l'utérus, dont il est séparé par un sillon profond de 1 centimètre.

Diagnostic. — Inversion utérine puerpérale chronique.

Tout essai de réduction par la voie vaginale, même sous

chloroforme, est inutile et on provoque des hémorragies abondantes. Le vagin est tamponné et on soumet la femme à un traitement général reconstituant.

9 juillet 1910. — Anesthésie à l'éther-morphine. Laparotomie. L'épiploon adhérent est sectionné entre deux ligatures. L'intestin adhérent au plancher pelvien est libéré, et on met à jour le collet de l'infundibulum d'inversion, complètement fermé par des adhérences fibreuses. On essaie la réduction, mais elle est impossible à cause de la friabilité des tissus de néoformation inflammatoire, qui se lacèrent facilement. On pratique alors l'hystérectomie par une incision circulaire de l'anneau d'inversion. La paroi vésicale très friable, est déchirée et reconstituée ensuite en deux plans. L'utérus est enlevé et l'ovaire gauche conservé. Le péritoine pelvien est reconstitué et la paroi abdominale fermée en trois plans.

L'état général de la malade s'améliore dès le deuxième jour; ablation des fils le huitième jour, la plaie abdominale est guérie.

Le quinzième jour écoulement vaginal d'odeur âcre et fétide, se faisant par une fistule vésico-vaginale, que la femme refuse de se laisser opérer.

Sortie le 18 août en excellent état, elle revient au mois de février 1911 pour être opérée de sa fistule.

OBSERVATION XC

(N DRUGESCO. — Spitalul. VIII^e année, novembre 1887, p. 430.)

Inversion complète et irréductible de l'utérus.

Hystérectomie vaginale. — Guérison.

S. Z..., vingt-cinq ans, ménagère, IV-pare.

Réglée à quinze ans, régulièrement.

Premiers rapports à dix-sept ans.

Premier accouchement normal à l'âge de dix-huit ans.

Deuxième gestation : avortement de six semaines environ.

Troisième accouchement normal.

Dernier accouchement il y a dix-neuf mois. Expulsion spontanée du fœtus. La sage-femme pratique la délivrance en exerçant des tractions sur le cordon et ramène le placenta ainsi que le fond de l'utérus à la vulve. L'inversion utérine est complète. Plusieurs tentatives de réduction manuelle restent infructueuses. On prescrit des lavages à l'eau phéniquée et tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

25 juin. — La malade est anesthésiée au chloroforme. M. Léonte essaie la réduction par le procédé d'Emmet, ensuite par celui de Courty, sans aucun résultat. Pendant cinq jours on fait des tamponnements vaginaux à la gaze iodoformée, en essayant de repousser l'utérus aussi loin que possible.

29 juin 1887. — La femme est de nouveau anesthésiée au chloroforme. Hystérectomie vaginale. Suites opératoires nor-

males, un seul jour la température est montée à 38 degrés.

Dix jours après l'opération la femme retournait chez elle complètement guérie.

OBSERVATION XCI

(F. FRAIPONT, *Annales de la Société Médico-Chirurgicale de Liège*, 40^e année, 1901, p. 356.)

Quelques cas d'inversion utérine.

Femme de vingt-cinq ans, célibataire, envoyée au Dr Fraipont dans le courant de l'année 1889. Elle accuse des pertes de sang depuis un an et demi environ. Premières règles à quatorze ans, plus fréquentes et plus abondantes depuis deux ans environ. Elle n'a jamais eu d'arrêt de règles.

Diagnostic. — Inversion utérine, très probablement consécutive à un avortement. Plusieurs tentatives de réduction sans succès. Même insuccès pour la réduction instrumentale et le tamponnement.

On se décide à pratiquer l'amputation de l'utérus. Ouverture de l'entonnoir d'inversion, occupé presque en totalité par des adhérences. Ablation de l'organe. Suites opératoires des plus simples.

OBSERVATION XCII

(H. BORN, *Beiträge zur Geburtshilfe und Gynækologie.*
Festschrift Prof. Fritsch, 1902, p. 20.)

*Contribution au traitement chirurgical conservateur
de l'inversion utérine chronique*

Inversion utérine complète datant de quatre ans, survenue après l'accouchement.

Diagnostic facile par les signes typiques: Tumeur vaginale pédiculée, absence de l'utérus dans l'abdomen, constatée par le toucher combiné au palper.

Toutes les méthodes de reposition connues ayant échoué on pratique l'amputation par la méthode de Fritsch. Guérison.

OBSERVATION XCIII

(H. DURET, in *J. Brasseur*, thèse de Paris, 1895, p. 81.)

Inversion utérine datant de dix-sept mois. — Tentatives infructueuses de réduction sous chloroforme. — Hystérectomie vaginale. — Guérison

F. B..., dix-neuf ans, I-pare. Entrée dans le service de M. Duret le 4 octobre 1894.

Dix-sept mois auparavant accouchement normal. Délivrance sans incident. Quelques petites hémorragies pendant les huit jours suivants. Pas de règles pendant six mois, elles

réapparaissent ensuite et sont normales pendant quatre mois. A partir de ce moment hémorragies à répétition de plus en plus fréquentes.

Le diagnostic d'inversion utérine ne fut fait qu'au mois de juillet dernier par le Dr P..., qui essaya la réduction manuelle sous chloroforme, et le tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Aucun résultat.

10 octobre 1894. — Opération par M. Duret. Chloroforme. On essaie vainement la réduction forcée manuelle, après fixation du col avec des pinces de Museux.

Hystérectomie vaginale.

Suites apyrétiqes. Sortie guérie dix-huit jours après l'opération.

OBSERVATION XCIV

(F. LEGUEU, *Bulletin de la Société Anatomico-Clinique de Paris*, juin 1894, cité par J. Brasseur, thèse de Paris, n° 447, 1895, p. 84.)

Hystérectomie vaginale pour inversion utérine irréductible

1-pare, vingt-neuf ans. Accouchée en février 1894, application de forceps. Délivrance ? Une demi-heure après la délivrance hémorragie abondante.

Tentative de réduction manuelle sous chloroforme sans succès.

Hystérectomie vaginale totale. Guérison.

OBSERVATION XCV

(F. FRAIPONT, *Annales de la Société Médico-Chirurgicale de Liège*. 40^e année, 1901, p. 354.)

Quelques cas d'inversion utérine

F. M. . . . trente ans, 1^{er} pare. Entrée à l'hôpital de Bavière le 28 septembre 1897.

Accouchement spontané au cours du huitième mois, sept ans auparavant.

Environ vingt minutes après l'expulsion du fœtus violente hémorragie, douleurs dans le bas-ventre. Délivrance artificielle. Syncope.

Depuis, les hémorragies n'ont jamais cessé complètement.

Pas de douleurs. Femme très anémiée.

Examen à l'entrée. — Dans le vagin on sent le corps utérin gros comme un œuf de poule, passant à travers le col qui est ouvert comme une pièce de 2 francs. Muqueuse utérine rouge vif, tomenteuse, saigne facilement.

Diagnostic. — Inversion utérine chronique.

Plusieurs tentatives de réduction restent infructueuses. Nous avons pensé un instant à l'opération de G. Thomas. Mais découragés par l'insuccès de Thomas, dans son deuxième cas, et par celui de Mundé, et considérant que cette intervention expose la vie de la malade, en plus de son état d'anémie extrême, nous décidons d'enlever l'utérus au moyen de l'anse de l'écraseur.

Guérison en une dizaine de jours.

OBSERVATION XCVI

(H. BORN, *Beiträge zur Geburtshilfe und Gynækologie*.
Festschrift. Prof. Fritsch., 1902, p. 20.)

*Contribution au traitement chirurgical conservateur de
l'inversion utérine chronique*

En 1898, au moment où l'opération conservatrice est connue, nous observons un cas d'inversion utérine, sans pouvoir y recourir, parce que l'utérus inversé était carcinomateux. Il s'agissait de l'inversion puerpérale d'un utérus devenu cancéreux pendant la gestation.

Amputation totale.

OBSERVATION XCVII

(H. COCHEZ, *Bulletin Médical de l'Algérie*,
VIII^e année, 1898, p. 2.)

*Un cas d'inversion utérine après l'accouchement. —
Troubles graves consécutifs ayant nécessité l'hystérec-
tomie*

M^{me} D..., I-pare, vingt et un ans.

Premières règles à douze ans, premiers rapports à vingt ans.

Accouchement à terme le 20 septembre, enfant vivant.

Délivrance par tractions énergiques sur le cordon, faite par la sage-femme vingt minutes après l'accouchement.

Délivrance complète. L'hémorragie continue après la délivrance de plus en plus abondante. La sage-femme administre 2 grammes d'ergot de seigle. Une demi-heure après, M. Cochez appelé fait le diagnostic d'inversion utérine et essaie la réduction manuelle sans succès.

État général mauvais, femme exsangue. pouls filiforme et température au-dessous de la normale.

Tamponnement vaginal. Le lendemain l'hémorragie est presque complètement arrêtée. Nouvelle tentative de réduction manuelle et instrumentale sans succès. Tamponnements journaliers. l'hémorragie s'arrête; l'état général s'améliore.

23 octobre. — (Un mois après l'accouchement), l'hémorragie reparait très abondante; elle dure une quinzaine de jours, puis, des pertes blanches très abondantes lui font suite. Les hémorragies se répètent lorsque la malade essaie de quitter le lit.

2 janvier. — (Trois mois et demi après l'accouchement) essais de réduction par tamponnements vaginaux à la gaze iodoformée, pendant un mois sans résultat. La malade les trouve insupportables.

31 janvier. — (Quatre mois et demi). Chloroforme. Tentative de réduction manuelle forcée, sans résultat.

4 février. — *Opération.* — Hystérectomie vaginale. Incision circulaire sur le col aussi haut que possible. Ligature des utérines, ligature sur les annexes droites et gauches. Quelques points de suture réunissent les parois antérieure et postérieure du vagin. Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

Suites opératoires sans aucun incident.

La malade se lève une dizaine de jours après l'opération.

Revue plusieurs mois après, état général excellent.

Examen de la pièce. — Utérus de volume sensiblement normal. Les deux orifices tubaires sont faciles à retrouver. Dans l'infundibulum d'inversion on trouve les deux ovaires et une partie des trompes et des ligaments ronds.

On essaie de dilater l'orifice de l'infundibulum avec un dilateur de Sims, c'est impossible. La réduction est impraticable.

Ce qu'il faut retenir de cette observation :

C'est l'action néfaste de l'ergot de seigle qui empêcha la réduction aussitôt après la production de l'accident.

OBSERVATION XCVIII

(A. PINAUD, *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*,
t. LVI, 1901, p. 241.)

Inversion utérine irréductible, d'origine puerpérale. Hystérectomie extra-vaginale le 25 avril 1900. — Guérison (1).

La femme qui fait l'objet de cette observation fut amenée, le mardi 24 avril 1900, à la clinique Baudelocque, par M. Jacob, pour une *inversion utérine irréductible* constatée par lui dans les circonstances suivantes :

Le mardi 24, dans l'après-midi, il est appelé par une sage-femme auprès de la nommée C... (Rose), trente-quatre ans, accouchée le dimanche 22. La parturiente était une primi-

1. Communication à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, le 13 mai 1901.

pare ayant eu jusqu'alors une santé parfaite (en dépit d'une teinte cireuse commune, paraît-il, à tous les membres de sa famille). Réglée à treize ans, toujours régulièrement, avec une durée de cinq à six jours, elle s'était mariée seulement à trente-trois ans, et la grossesse survenue bientôt après avait été tout à fait normale, au dire de la malade. Il en aurait été de même de l'accouchement et des suites immédiates jusqu'au mardi 24 avril.

Ce jour-là, vers 3 heures de l'après-midi, la parturiente en allant à la garde-robe sentit une grosseur entre les cuisses ; la sage-femme qui avait pratiqué l'accouchement constatant quelque chose d'anormal fit appeler M. Jacob qui posa le diagnostic d'*inversion utérine*, et, après avoir pris les précautions antiseptiques voulues, pratiqua des manœuvres de réduction aussi douces que possible. Mais, une fois la matrice réduite dans le vagin, redoutant des accidents, M. Jacob conduisit immédiatement cette femme à la clinique Baudelocque, où elle entra à 6 heures du soir.

À son arrivée, M. Paquy, chef de clinique, pratique également en vain des tentatives de réduction. Sur les conseils de M. Pinard, il place dans le vagin un ballon de Champetier destiné à maintenir la réduction partielle et à faire tampon en cas d'hémorragie.

Examen sous chloroforme le mercredi 25. — Cet examen est fait par MM. Pinard et Segond, qui constatent une inversion irréductible.

Masse piriforme de coloration violacée, en partie sphacélée superficiellement ; le col étrangle l'isthme de l'utérus complètement retourné en doigt de gant. Par le palper on perçoit une cupule au-dessus du pubis.

Quelques tentatives de réduction ayant encore échoué et étant donné la longueur du temps écoulé depuis le début de l'inversion (trois jours), tenant compte, d'autre part, d'une infection locale certaine résultant de l'immersion de la matrice dans un bassin plein de matières peut-être et à coup sûr peu aseptique — du sphacèle existant — et des inconvénients d'une expectation prolongée, MM. Pinard et Segond jugent nécessaire l'intervention immédiate et décident l'*hystérectomie vaginale*.

Opération. — Hystérectomie vaginale (supra-vaginale).
L'opération est faite de la façon suivante :

Incision de 4 à 5 centimètres sur la paroi antérieure de l'utérus inversé.

A travers cette boutonnière, exploration digitale de la surface externe (devenue la cavité), exploration qui permet à M. Segond de constater deux choses : l'absence d'une anse intestinale herniée et l'impossibilité absolue de nouvelles tentatives de réduction.

Incision circulaire au bistouri, à l'union du col, et de l'isthme de l'utérus, et surjet du pourtour incisé avec le catgut n° 4.

Les annexes droites sont enlevées avec la masse utérine ; celles de gauche séparément.

L'hémostase est rendue très difficile à cause de la grande friabilité du tissu utérin. A gauche surtout, du côté correspondant aux annexes enlevées séparément, le surjet est complètement insuffisant, et l'hémostase doit être complétée avec 9 pinces (dont 7 de Segond à mors courts et 2 longues de Kocher).

A ce moment l'aspect du moignon de col restant donne l'illusion d'une sorte de Porro vaginal.

Tamponnement serré avec un paquet de gaze iodoformée et deux mèches de gaze stérilisée, sonde de Malécot à demeure.

Suites opératoires. — Les suites immédiates ont été aussi bonnes que possible : la température, qui avait été de 40 degrés le soir de l'entrée de la malade, oscille entre 37°5 et 38°5 les quatre premiers jours, et, le pouls ne dépasse guère 120. Injection de 700 grammes de sérum quelques heures après l'opération.

Les pinces sont enlevées, sans incident, au bout de quarante-huit heures ; la malade va régulièrement à la garde-robe à partir de ce moment.

29 avril. — La température ayant remonté à 39°6 on retire le tamponnement et on fait des injections vaginales au biiodure.

30 avril. — Température matin, 38 degrés. Soir 39°6. Cependant l'état général est satisfaisant, la malade s'alimente assez bien.

1^{er} mai. — Température matin, 38 degrés. Soir 40°1. En même temps le pouls s'accélère, 140-150. Pour mieux combattre l'infection, M. Pinard fait remplacer les injections au biiodure par des injections à l'aniodol au 1/2000 ; les injections sont faites à la fin du 1^{er} mai, toute la journée du 2 mai et le matin du 3.

3 mai. — Température 39°. La malade a une syncope le matin qui dure trois minutes environ. L'état général est beaucoup moins bon. M. Pinard fait venir M. Segond qui, après examen, conseille des lavages bi-quotidiens avec de l'eau oxygénée étendue de son volume d'eau bouillie stérilisée et, s'il y a lieu, la mise en place d'un drain dans le moignon de col.

Le premier lavage est fait le 3 mai au soir ; un drain de caoutchouc est placé dans le moignon de col, et, le vagin étant bien asséché, maintenu en place par un tampon de gaze iodoformée.

Les lavages bi-quotidiens ont été continués pendant tout le mois de mai et bien supportés par la malade. L'action de l'eau oxygénée semble avoir eu une heureuse influence, puisque les accidents survenus le 3 mai (syncope, etc.), ne reparurent plus ; il faut noter toutefois que la température resta élevée, avec de grandes oscillations pendant tout le mois de mai et la première moitié de juin. Dans cet intervalle de temps, la suppuration du moignon extra-cervical alla en s'atténuant. Le drain de caoutchouc fut retiré les premiers jours de juin. L'état général devint satisfaisant ; l'alimentation (exclusivement liquide au début) se fit beaucoup mieux, et, dans les premiers jours de juillet (deux mois et demi après l'opération), la malade sortait guérie, mais conservant encore ce teint cireux qui avait frappé dès le début.

OBSERVATION XCIX

(E. FALK, *Zentralblatt für Gynækologie*, n° 47, 1904, p. 1438.)

Sur la technique de l'amputation de l'utérus inversé

Femme H., vingt-six ans, III-pare.

Un accouchement à terme, enfant vivant.

Un accouchement prématuré au cours du sixième mois, enfant mort six semaines après.

La femme a une descente de l'utérus.

Novembre 1900. — Falk a opéré cette femme pour un kyste de l'ovaire droit cloisonné gros comme deux poings, qui comprimait l'utérus, et menaçait de provoquer l'avortement par les hémorragies auxquelles il donnait lieu. La malade sort dix huit jours après l'opération guérie et à partir de ce moment, la gestation reprend son cours normal.

Juin 1901. — Elle accouche d'un garçon qui pèse, dit-elle, 9 liv 1/2, se présentant par la tête. Délivrance normale ; la femme était assistée par un médecin. Aussitôt après l'accouchement hémorragie, délivrance par le procédé de Crédé.

Après l'expression du placenta l'utérus sortait à la vulve. Le médecin reconnaît l'inversion et refoule l'utérus dans le vagin sans la réduire. A chaque mouvement, l'utérus apparaît à la vulve, les hémorragies augmentent en même temps qu'apparaît un écoulement purulent et que la température s'élève. La femme se plaint de douleurs violentes dans le ventre.

Quatre semaines après la délivrance, je trouve la femme anémiée, pouls petit, rapide. L'utérus est complètement inversé et sort dans sa plus grande partie du vagin ; l'inversion atteint non-seulement le corps, mais le col aussi. On ne peut pas reconnaître la séparation de la muqueuse utérine de celle du vagin. On reconnaît facilement sur la muqueuse bleue noirâtre du corps les deux orifices tubaires.

A son entrée à la clinique, on essaie sous anesthésie la reposition forcée qui produit une hémorragie très forte. L'état de la malade ne permettant pas la kolpeuryse, on se décide à l'opérer. A cause de l'infection, on renonce à l'idée d'une opération conservatrice et l'on pratique l'amputation de l'utérus. Suites opératoires des plus simples ; la femme sort guérie le vingt et unième jour.

OBSERVATION C

(VILLARD, *Lyon Médical*, t. XCIII, 1900, p. 409. — Société des Sciences médicales de Lyon, séance du 14 février 1900.)

Inversion utérine. — Hystérectomie

Femme de trente-six ans. VI-pare.

Dernier accouchement il y a trois mois. Délivrance par tractions énergiques sur le cordon par une accoucheuse.

Inversion utérine et très grave hémorragie.

La femme se rétablit sans accidents fébriles ni phénomènes inquiétants.

Trois mois après, elle entre à la Charité souffrant de pertes blanches et de tiraillements abdominaux. Douleurs lombaires et surtout cystagie: mictions fréquentes et douloureuses. Pas de pus dans les urines, pas de cystite.

Examen. — Tumeur vaginale ressemblant à un polype utérin, mais on ne sentait pas d'orifice cervical, pas de col.

Diagnostic. — Inversion utérine complète. Volume d'un utérus normal.

Les essais de réduction manuelle échouent.

L'essai de réduction lente par tamponnement échoue aussi. On se décide alors pour l'hystérectomie vaginale qui fut des plus simples.

Suites opératoires non fébriles. La femme a continué à allaiter son enfant.

OBSERVATION CI

(F. HUE. *Normandie Médicale*, n° 14, juillet 1903, p. 313.)

Inversion utérine chronique

M^{me} Ch., vingt-six ans, I-pare, m'est adressée en mars 1901, par le D^r M..., avec le diagnostic d'inversion utérine datant de trois mois et demi.

Accouchement par application de forceps. Délivrance par tractions sur le cordon. Hémorragie abondante qui diminue par les injections chaudes mais ne s'arrête pas complètement. Pendant trois jours hémorragies abondantes.

Le dixième jour, nouvelle hémorragie, on fait le diagnostic d'inversion utérine et on essaie la réduction par tamponnement et bandage serré ; aucun résultat.

30 mars 1901. — Opération. Chloroforme. Essai de réduction manuelle après fixation du col. On déchire le vagin au voisinage du col et on ne réduit pas. L'état précaire de la malade oblige le chirurgien de terminer rapidement par une *hystérectomie supra-vaginale*. Les ovaires sont laissés en place. Drainage à la gaze iodoformée.

Suites normales. Après cicatrisation le col s'est réinversé spontanément.

OBSERVATION CII

(A. WALLGREN. *Archiv für Gynækologie*.

Berlin, vol. LXIII, 1901, p. 606, obs II, p. 611.)

Étude sur l'inversion utérine

A. H..., trente-deux ans, III-pare.

Premières règles à seize ans, régulièrement réglée, sans douleurs; durée quatre à cinq jours.

Pas de leucorrhée. Mariée depuis douze ans.

Trois enfants dont le dernier a sept ans.

Deux premiers accouchements normaux. Dernier accouchement spontané. Délivrance par une empyrique, par tractions sur le cordon. Hémorragie qui cesse d'elle-même. Suites de couches normales. Allaitement pendant deux ans; pas d'hémorragie. Apparition des règles après cessation de l'allaitement; elles surviennent à des intervalles de plus en plus rapprochés de sorte que, pendant cinq ans, elle eut des hémorragies presque continues.

Examen. — Au fond du vagin, tumeur molle, lisse, grosseur d'un œuf de poule s'amincissant vers le fond, entourée d'un bourrelet peu profond dont elle est séparée par un sillon. On ne perçoit pas le canal cervical. Le corps utérin est absent à sa place ordinaire.

Par le palper combiné au toucher, on perçoit à la place de l'utérus un enfoncement, et de chaque côté un corps de la consistance et de la grosseur de l'ovaire.

Au spéculum tumeur vaginale rouge pâle, saignant facilement.

Diagnostic. — Inversion complète de l'utérus.

Essais de reposition manuelle immédiate sans succès, provoquent l'hémorragie. Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée pour faire l'hémostase et pour essayer la réduction par le procédé de Hofmeier.

Lorsqu'on change les tampons, le lendemain et jours suivants, les hémorragies se répètent.

Vu le mauvais état de la malade on décide l'amputation parce que l'opération de Küstner est plus sanglante, donc pas indiquée.

19 juillet. — Amputation de l'utérus inversé par la méthode de Schauta. Tamponnement vaginal, 300 grammes de sérum salé par le rectum.

20 juillet. — Examen de sang, 1:100.000 globules rouges par millimètre cube contenant 20 o/o d'hémoglobine à l'hémoglobinomètre de Fleischl, 300 grammes sérum. Les jours suivants, l'état de la malade empire.

4 août. — Mort. Pendant les jours qui ont suivi l'opération, la température a évolué entre 36°8. et 38°4. Pouls entre 80 et 118.

Autopsie. — *Diagnostic.* — Anémie générale. Dégénérescence graisseuse du cœur, du foie et des reins. Œdème pulmonaire. Pas de signe d'infection. Péritoine pâle et lisse. Le moignon utérin qui s'était réinversé regarde la paroi abdominale et est recouvert. Dans sa cavité on trouve une petite quantité de sécrétion purulente, visqueuse et des petites parties nécrosées autour des ligatures.

Trompes et ovaires: rien d'anormal.

OBSERVATION CHII

(R. WANNER, *Zentralblatt für Gynækologie*,
n° 52, 1904, p. 1603.)

Inversion utérine totale

Le 9 août 1903 je suis appelé d'urgence auprès d'une femme accouchée depuis quinze jours et qui à la suite d'efforts de défécation présentait une inversion utérine. Je trouve la malade sur une table, anesthésiée au chloroforme, et un confrère, qui avait essayé la réduction, tamponnait le vagin pour arrêter l'hémorragie.

Je fais enlever ce pansement et je constate que toute la paroi vaginale postérieure est déchirée et le péritoine à nu. L'utérus est complètement inversé. Son fond présente deux déchirures qui conduisent dans le péritoine.

J'ai tamponné le vagin et j'ai fait transporter la malade à l'hôpital de Düsseldorf, où après une désinfection soigneuse des organes génitaux j'ai pratiqué l'ablation totale de cet utérus que l'on ne pouvait songer à conserver.

Pendant les huit premiers jours après l'opération l'état de la malade fut très grave. La température s'est maintenue au-dessus de 40 degrés et le pouls entre 120 et 140. Puis, son état s'est progressivement amélioré et elle est sortie guérie le 10 septembre.

Elle revient le 11 novembre à l'hôpital et on lui fait une périnéorrhaphie.

Son accouchement s'était terminé par une application de forceps qui a entraîné une déchirure du périnée.

OBSERVATION CIV

(S. SUFRIN, *Spitalul*, nos 23 et 24, 1905, p. 667.)

Un cas d'inversion utérine puerpérale complète

P. P..., vingt-cinq ans, III-pare.

Premier accouchement spontané à terme.

Deuxième, avortement de quelques semaines ?

Troisième, avortement, 28 novembre 1904. — Expulsion spontanée d'un fœtus à terme se présentant par le sommet. La gestation aurait évolué normalement. Brusquement, après l'expulsion du fœtus, l'état général de la femme devient mauvais.

Le Dr S..., appelé, trouve à son arrivée la sage-femme tenant d'une main une tumeur qui fait prolapsus hors de la vulve, tandis que de l'autre main elle tire sur le cordon. Pouls imperceptible.

Hypogastre affaissé, on n'y perçoit pas d'utérus.

L'examen de la tumeur permet de s'assurer qu'il s'agit d'un utérus inversé, et que le placenta inséré en avant est encore adhérent. Par le toucher vaginal on arrive sur une petite portion de col qui entoure son pédicule et paraît l'enserrer. On s'occupe d'abord de l'état général de la femme. On décolle ensuite le placenta, puis l'utérus inversé est refoulé dans le vagin.

Vu le mauvais état général, on n'essaie pas la réduction immédiate.

Le vagin est tamponné à la gaze iodoformée.

Au bout de trois heures, l'état général s'est amélioré, mais on ne pense pas à essayer la réduction.

Pendant trois semaines la femme garde le lit.

14 décembre. — Pertes sanguinolentes de plus en plus intenses et douleurs dans le ventre. Les hémorragies repaissent, augmentant de fréquence et d'intensité. Elle se décide à se faire opérer.

Six mois après la production de l'inversion, hystérectomie vaginale pratiquée par M. Juvara.

OBSERVATION CV

(GRUBE, *Zentralblatt für Gynäkologie*, n° 4, 1906, p. 123.)

Un cas d'inversion utérine puerpérale (1)

Femme de quinze ans, I-pare ; délivrance par tractions sur le cordon par une sage-femme.

Le onzième jour, elle entre à la clinique complètement anémiée par des hémorragies continues,

Déchirure du périnée de troisième degré. Inversion totale de l'utérus.

Impossibilité d'essayer la réduction par le Kolpeurynter, à cause de l'absence du périnée ; le ballon n'aurait eu aucun point d'appui.

Essais de réduction manuelle sans succès. On essaie en vain la réduction par incision de l'utérus et on est obligé de terminer par l'extirpation totale.

1. Société d'Obstétrique de Hambourg, 25 octobre 1905.

Morte quatorze heures après l'opération d'anémie. Au niveau de la plaie, on ne trouve aucune trace d'hémorragie artérielle.

Cause du décès, dégénérescence du myocarde.

OBSERVATION CVI

(H.-R. ANDREWS, *Transactions of the Obstetrical Society of London*, vol. XLVIII, 1906, p. 284.)

Un cas de prolapsus complet d'un utérus inversé

Femme de quarante-six ans, ayant eu un enfant quelques années auparavant. Il y a sept mois, à la suite d'un effort, son utérus est descendu à la vulve. Les premiers temps, elle a eu des pertes abondantes, qui ont diminué progressivement; par contre les douleurs augmentent et elle perd ses forces.

A son entrée à l'hôpital, la femme, très anémiée et amaigrie, se plaint de ne pouvoir marcher à cause de la tumeur qu'elle présente entre les jambes.

Cette tumeur rouge, dure, du volume d'un œuf d'oie, se continue en haut avec les parois vaginales, elles-mêmes très raccourcies et épaissies.

Par le toucher rectal on perçoit au-dessus de cette tumeur une masse fluctuante. Si on exerce des pressions sur cette masse du pus s'échappe par un orifice situé entre la face postérieure de la tumeur et la paroi vaginale postérieure. On ne peut pas déterminer exactement la situation de cette fistule, l'examen étant très douloureux.

On pense à un utérus inversé, mais on ne peut l'affirmer sans un examen complet sous anesthésie.

Le lendemain, la femme est endormie, le diagnostic confirmé et on pratique une hystérectomie vaginale suivie d'une colporraphie postérieure.

Très probablement l'inversion datait de longtemps, et l'effort qu'elle fit n'a produit que le prolapsus.

OBSERVATION CVII

(W. TATE, *The Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire*, vol. XI, 1907, p. 248.)

Inversion complète de l'utérus après l'accouchement.

— *Septicémie. — Hystérectomie vaginale*

M. A. J., vingt-quatre ans, entrée dans mon service à l'hôpital Saint-Thomas, le 1^{er} août 1906.

Son premier accouchement fut terminé artificiellement; le deuxième a été normal.

Troisième accouchement le 24 juillet 1906, expulsion très rapide du fœtus avant l'arrivée de la sage-femme. La délivrance fut faite par la sage-femme par tractions sur le cordon; mais le placenta ne se décollant pas, un médecin fut appelé. Il introduit la main dans le vagin pour extraire le placenta et constate que l'utérus est partiellement inversé. Il réduit l'inversion et extrait le placenta.

Les jours suivants la femme continue à perdre du sang en grande quantité.

31 juillet. — On pratique un nouvel examen et on constate

que l'inversion s'est reproduite et qu'elle est complète. Elle est alors envoyée à l'hôpital.

Examen à l'entrée. — Très mauvais état général, facies anxieux, traits tirés, respiration rapide, saccadée (32 respirations à la minute), pouls à 150, température 101 degrés Fahrenheit. Le palper de l'abdomen détermine de la sensibilité profonde. Au toucher on constate que le vagin est occupé par une tumeur qui le remplit presque complètement. Sa surface est irrégulière, et elle se continue en haut avec les parois du vagin. Par le palper combiné au toucher on perçoit l'infundibulum d'inversion. Cette tumeur est constituée par l'utérus inversé recouvert par place de débris placentaires en état de putréfaction et dégageant une odeur très fétide.

Dans ces conditions on décide d'intervenir immédiatement. On essaie d'abord la réduction manuelle, non pas dans l'intention de conserver l'organe, mais pour empêcher l'écoulement de ces liquides sanieux dans le péritoine. On renonce rapidement à ces manœuvres, le tissu utérin étant très friable et on pratique l'hystérectomie vaginale, après l'avoir nettoyé aussi soigneusement que possible. Le vagin est tamponné à la gaze iodoformée. Injection sous-cutanée d'éther, de strychnine. Injection intra-veineuse de sérum artificiel.

Peu après l'opération l'état de la malade s'améliore, le pouls bat à 110. Mais cette amélioration est de courte durée, le soir la température monte à 105 degrés Fahrenheit, le pouls bat à 160; les jours suivants le pouls et la température restent élevés, son état est très grave.

Le troisième jour on enlève le tamponnement vaginal, et à partir du septième jour, l'état s'améliore progressivement.

Elle sort complètement guérie.

OBSERVATION CVIII

D.-A.-K. STEELE, *Chicago Surgical Society*, 8 janvier 1908.
— *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. VI, 1908,
p. 322.)

Un cas d'inversion de l'utérus survenue après la délivrance.
— *Gangrène.* — *Opération.* — *Hystérectomie.* — *Mort*
par septicémie. — *Autopsie*

P. B..., vingt-trois ans. I-pare, accouchée normalement le 21 novembre 1907, par une sage-femme.

Délivrance normale sans tractions. Hémorragie abondante après l'extraction du placenta. Une grosse masse charnue sort du vagin. Le diagnostic d'inversion est fait par un médecin, qui essaie la réduction sans résultat; il administre de l'ergotine et de la morphine et conseille d'attendre. Un autre médecin appelé croit avoir réduit l'utérus. Mais quarante-huit heures après la délivrance, Steele trouve l'utérus de nouveau inversé et sortant du vagin. Il dégage une odeur fétide. La muqueuse utérine est gangrénée. Hystérectomie abdominale d'urgence.

Avant d'enlever l'organe, le chirurgien incisa la paroi utérine et constata que la gangrène s'étendait à toute l'épaisseur de la paroi jusqu'au péritoine sur une surface de quelques centimètres de diamètre. Les ovaires et les trompes étaient logées dans l'infundibulum d'inversion.

La malade meurt le 25 novembre dans la matinée, de septicémie aiguë, quatre jours après l'accouchement et deux jours après l'opération.

A l'examen *post-mortem*, on trouve un petit abcès sur la paroi abdominale, extra-péritonéal, contenant un liquide fluide d'odeur fétide. Pas d'infection de la cavité péritonéale. La suture de la plaie utérine ne présente rien de particulier.

Au niveau de la rate on trouve dans la cavité abdominale une petite quantité de liquide séreux.

Examen anatomo-pathologique. — Utérus du volume d'un utérus normalement développé après l'accouchement. Complètement inversé. La muqueuse est à l'extérieur, de couleur très foncée, par suite de la gangrène, au niveau de son fond. Odeur extrêmement fétide (coli-bacille). Surface péritonéale très légèrement altérée, mais ne présentant aucun exsudat.

Examen microscopique. — Paroi utérine montre des plaques œdématisées ; les vaisseaux sont gorgés de sang.

Infiltrations purulentes étendues, surtout marquées du côté de la muqueuse et de la musculaire et s'étendant jusqu'au péritoine ; nécroses étendues partout jusqu'au péritoine. Partout aussi le tissu est farci de coli-bacilles.

Ces altérations sont probablement dues à deux origines :

- a) Circulatoire ;
- b) Infectieuse.

Cette dernière s'étant greffée sur l'utérus où la circulation de retour était troublée.

CONCLUSIONS

1° On doit distinguer au point de vue clinique et thérapeutique, d'après le professeur Pinard, trois types d'inversion utérine d'origine puerpérale, l'inversion aiguë, l'inversion récente et l'inversion ancienne.

2° Chacune de ces formes est justiciable d'une thérapeutique différente :

a) La réduction manuelle ne réussit généralement que dans les cas d'inversion aiguë, très rarement dans les cas d'inversion récente et très exceptionnellement dans les cas d'inversion chronique.

b) Le ballon de Champetier de Ribes placé dans le vagin détermine souvent la réduction des inversions récentes, alors que les tentatives de réduction manuelle ont échoué ;

c) L'inversion ancienne est le plus souvent irréductible par les procédés de douceur et nécessite l'emploi des méthodes sanglantes.

3° Parmi les méthodes chirurgicales les faits nous autorisent à opter pour la laparotomie, qui dans certains cas a permis de réduire l'utérus par manœuvres

mixtes, alors que la réduction simple par voie vaginale avait échoué.

4° S'il faut recourir à des débridements, la réduction peut être rapidement obtenue avec une incision limitée.

5° Des gestations ultérieures ont pu se développer normalement après réduction sanglante par voie abdominale, comme d'ailleurs après réduction par voie vaginale.

6° L'hystérectomie est indiquée dans les cas d'infection, d'hémorragie incoercible à répétition et dans les cas où les méthodes de réduction sanglante ont entraîné des déchirures irrégulières, ou ont, ce qui est rare, totalement échoué.

Vu : le Président de la thèse

A. PINARD

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ANDREWS (H. R.). — A case of complete prolapse of an inverted Uterus (Transactions of the Obstetrical Society of London, vol. XLVIII, 1906, p. 284).
- ANTONA (D'). — Inversion utérine chronique. Laparotomie (Communication à la VIII^e réunion de la Société italienne de Chirurgie. Rome, 1891. Résumée in Vignard, Archives Provinciales de Chirurgie, t. XI, 1902, p. 737).
- BALDY. — Inversion complète de l'utérus avec prolapsus, traitée par le tamponnement vaginal, la laparotomie avec fixation de l'utérus à la paroi et finalement par l'hystérectomie vaginale (Medical and Surgical Reports, 25 juillet 1891, p. 123, in Brasseur, thèse de Paris, 1895, n^o 447, p. 88).
- BATTLEHNER. — Inversion of the Uterus (the American Journal of Obstetrics, vol. XXI, 1888, p. 1116).
- BAR (P.). — Remarques sur l'inversion utérine; de la mort subite dans l'inversion utérine; les ligaments d'arrêt dans l'inversion utérine; de la réduction de l'utérus inversé (Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, t. V, 1902, p. 2).
- L'Inversion utérine (Revue générale de clinique et de thérapeutique. — Journal des Praticiens, n^o 21, 1911, p. 321).
- BARBOUR (A. H. F.) — Abdominal Hysterectomy for Inversion of the Uterus, Fatty Degeneration of the Inverted Portion (the Journal of Obstetrics and Gynæ-

- cology of the British Empire, vol. X, n° 4, October 1906, p. 364).
- BARNES (R.). — On the Operation for the Relief of chronic Inversion of the Uterus, with the History of a case succesfully Treated by a new Method (Med. Surg. Transactions, 1869, p. 179 et 195).
- BLANC et WIESS. — Deux cas d'inversion utérine obstétricale chronique, traités par la colpo-hystérotomie postérieure (opération de Duret) (Loire médicale, n° 4, 1910, p. 175, et in Wiess, thèse de Lyon, n° 87, 1911, p. 29 et 31).
- BONTE (M.). — L'Inversion utérine irréductible ; nouveau procédé de traitement chirurgical conservateur (colpo-hystérotomie postérieure). Thèse de Paris, 1900.
- BORELIUS (Graeve). — Zur konservativ-operativen Behandlung der chronischen puerperalen Uterusinversion (Zentralblatt für Gynækologie, n° 30, 1899, p. 911).
- BORN (H.). — Ein Beitrag zur konservirende operativen Behandlung der chronischen Uterusinversion (Beiträge zur Geburtshilfe und Gynækologie. Festschrift Fritsch. Leipzig, 1902, p. 20).
- Ein Fall von Schwangerschaft und Geburt nach operativ geheilter chronischer Uterusinversion. (Zentralblatt für Gynækologie, n° 4, 26 Januar 1907, p. 109).
- BOYD (S.). — An unusual case of Inversion of the Uterus (Transactions of the Obstetrical Society of London, vol. XLV. 1903, p. 170).
- BRASSEUR (J.). — De l'hystérectomie vaginale dans l'inversion utérine puerpérale irréductible. Thèse de Paris, n° 447, 1895.
- BRENNAN (M. T.). — Inversion utérine. Nouvelle technique opératoire. Guérison (Revue médicale du Canada, n° 8, 22 août 1900, p. 57).
- De l'intervention intra-abdominale dans l'inversion utérine irréductible ; note complémentaire. (Revue

- médicale du Canada, n° 11, 11 septembre 1901, p. 121).
- BROWNE (B. B.). — Inversion of the Uterus, with a Review of the various operative Procedures for its Treatment and a Description of the Writer's Operation for chronic Inversion (Transactions of the American Gynecology Society, 1899, vol. XXIV, p. 243).
- CARUSO (F.). — Contributo alla questione dell' istologia patologica e della cura dell' inversione uterina (Archivio di Ostetricia e Ginecologia Napoli, anno X, 1903, p. 385).
- COCHEZ (L.). — Un cas d'inversion utérine après l'accouchement. Hystérectomie. (Bulletin médical de l'Algérie, 8^e année, 1898, p. 2).
- COMMANDEUR (M.). — Article : Inversion utérine, in BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT, la Pratique de l'art des accouchements. Paris, 1909, t. I, p. 426.
- COSENTINO (G.). — Nuovo contributo ai Metodi di riduzione dell' utero nell' inversione cronica (Comunicazione all' XI Congresso Medico Nazionale, 1894. — Archivio di Ostetricia e Ginecologia Napoli, anno I, 1894, p. 222).
- COUVELAIRE (A.). — Inversion utérine puerpérale datant de soixante-dix-huit jours. Échec des tentatives de réduction par l'application des ballons de Champetier de Ribes dans le vagin. Laparotomie. Échec des tentatives de réduction par manœuvres mixtes après dilatation de l'anneau et après hystérotomie postérieure limitée. Hystérectomie abdominale (Communication à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, 3 avril 1911. Comptes rendus de la Société, t. XIII, n° 3, 1911, p. 173. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, juin 1911, p. 360).
- CUSHING (E. W.). — Treatment of inversion of Uterus (Annals of Gynecology and Pediatrics, vol. XV, Jan. 1902, n° 1, p. 1).

CZYŻEWICZ. — Zwei Fälle von Uterusinversion erfolgreich behoben durch operation nach Küstner-Piccoli ohne gleichzeitige der Nachfolgende Uterusausschabung, aber mit Tamponade der Cavum Douglasii. (Lemberger Gynäkologie Gesellschaft. Tygodnik Lekarski, n° 6, 1910, p. 92).

DAHLGREN (K.). — Bidrag till Uterus inversionens Kasuistik (Hygiea, 1905, p. 474, résumé in British Medical Journal, 1905-1906, vol. XXI, p. 130, cité par R. PETERSON, in Surgery Gynecology and Obstetrics, vol. V, n° 2, August, 1907, p. 196).

DAVISON (R.-E.). — Inversion of the puerperal Uterus (New-York Medical Journal, t. XCII, 1910, p. 713).

DELBET (P.). — Inversion utérine in S. DUPLAY et P. RECLUS (Traité de Chirurgie, p. 257).

— Éversion de l'utérus (Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 2^e série, t. V, 1908, p. 329).

DENUCÉ (P.). — Traité clinique de l'inversion utérine. Paris, 1883.

DIENST (A.). — Eine nach der Küstner'schen Methode geheilte Inversio uteri puerperalis (Zentralblatt für Gynäkologie, 1903, n° 28, p. 864).

DRANITZIN. — Zur Frage über die Fixation und Dilatation der Cervix bei Behandlung von inveterirten Inversionen nach der Manuelle Methode und über die Bedeutung dieser letzteren unter den übrigen Methoden (Jurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei, Januar 1901, in Frommel's Jahresbericht, vol. XV, 1902, p. 133).

— Fall von Heilung einer inveterirten Inversio uteri nach der Methode von G. Piccoli (Jurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei, Januar 1901, in Frommel's Jahresbericht, vol. XV, 1902, p. 133).

DRUGESCO (N.). — Inversiune complectă și nereductibilă a uterului. Isterio-ooforectomie vaginală. Spitalul, 7^e année, n° 11, nov. 1887, p. 430.

— Consideratiuni practice asupra isterectomiei vagi-

- nale, rezultatul a 3o operatiunii. Bucarest, 1894, p. 64.
- DURET (H.). — Des Causes d'irréductibilité dans l'inversion utérine et leur traitement. Nouveau procédé opératoire (Journal des Sciences Médicales de Lille, n° 28, juillet 1898, p. 25 in thèse Bonte. Paris, 1900).
- A propos d'une nouvelle opération conservatrice pour la cure de l'inversion utérine irréductible (Journal des Sciences Médicales de Lille, n° 45, novembre 1898, p. 433 in thèse Bonte. Paris, 1900).
- ESSEN-MÖLLER (E.). — Beitrag zur Behandlung der chronischen puerperalen Uterusinversion (Zentralblatt für Gynækologie, n° 46, 1898, p. 1249).
- EVERKE (C.). — Eine conservative Behandlungsmethode der veralteten inversio uteri puerperalis (Monatschrift für Geburtshülfe und Gynækologie vol. IX, 1899, p. 89).
- FALK (E.). — Zur Technik der Amputation des invertierten Uterus (Zentralblatt für Gynækologie, n° 47, 1904, p. 1438).
- FASANO (M.). — Sull'inversione dell'utero (Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche. Milano, n° 121, 1911, p. 1280).
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY (A.). — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale. Paris, 1911, p. 358.
- FELLENBERG (von). — Ein eigenthümlicher Fall von inversio uteri senilis mit Bemerkungen über die operative Behandlung der Inversion überhaupt (Zentralblatt für Gynækologie, n° 12, 1903, p. 379).
- FERGUSON (J.-H.). — Vaginal Hysterectomy for Irreducible Inversion of the Uterus, of Puerperal origin (The Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire, vol. X, n° 4, October 1906, p. 360).
- FLATAU. — Inversion des Uterus durch Myome (Nürnbergger Medizinische Gesellschaft und Poliklinik, 7 novembre 1907. Münchener Medizinische Wochenschrift, n° 4, 18 Januar, 1908, p. 201).

- FOURNIER (M.-C.). — Inversion utérine datant de sept mois. (Société d'Obstétrique de Paris, 16 avril 1908. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, t. V, 1908, p. 694).
- FRAIPONT (F.). — Quelques cas d'inversion utérine (Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège, 1901, p. 354).
- FRESSON (H.). — Indications et Manuel opératoire dans le traitement de l'inversion utérine. Thèse de Paris, 1902, n° 54.
- GALABIN. — Transactions of the Obstetrical Society of London, vol. XLV, 1903, p. 172.
- GAYET (G.). — Traitement de l'inversion utérine par la colpo-hystérotomie antérieure (Lyon Médical, t. XCVII, novembre 1901, p. 679).
- GEISLER. — Inversio uteri completa puerperalis (Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1901, p. 375).
- GMEINER (J.). — Ein geheilter Fall von Inversio uteri chronica (Prager Medizinische Wochenschrift, 1903, n° 51, p. 665 et Wiener Klinische Wochenschrift, 1904, p. 206).
- GÖEBEL. — Ein weiterer Fælle von Uterus inversion (Deutsche Medizinische Wochenschrift, n° 12, 1896, p. 189).
- GRANDAU. — Fall von Inversio uteri (Gesellschaft praktischer Aerzte in Libau, 6 décembre 1901. — Monatschrift für Geburtshilfe und Gynækologie, vol. XV, Heft 4, 1902, p. 732).
- GRASSI (E.). — Un cas d'inversion utérine (Lo Sperimentale, n° 7, 1877. — Gazette médicale de Paris, 1877, p. 440).
- GROSS (E.). — Zur operativen Behandlung der Inversio uteri puerperalis inveterata (Zentralblatt für Gynækologie, n° 46, novembre 1907, p. 1433).
- GROSS (F.). — Trois cas d'inversion utérine (un post-partum, deux polypeuses) (XIV^e Congrès de Chirurgie, Paris, 1901. Résumé de l'auteur in Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, n° 3, mars 1912, p. 274).

- GRUBE. — Über einen Fall von Inversio uteri post-partum (Gesellschaft für Geburtshilfe zu Hamburg, 25 oktober 1905. — Zentralblatt für Gynækologie, n° 4, 1906, p. 123).
- GUILDAL (P.). — Et Tilfaelde of Inversio uteri inveterata. Operatio (Hospitalstidende, n° 29, 1908, p. 849).
- GUMMERT. — Totale Uterus inversion (Monatschrift für Geburtshilfe und Gynækologie, vol. IX, 1899, p. 127).
- GUTIERREZ (D. E.). — Tratamiento de la inversion uterina (Revista Ibero Amer. de Cirug. Med. 1905, vol. III, p. 33).
- HANSSON. — Drei Fælle von puerperalen Uterusinversion (Monatschrift für Geburtshilfe und Gynækologie. Bd. XIX, 1904, p. 847. — Hygiea, novembre 1904, p. 488).
- HARE (C. H.). — A Case of inverted uterus (the Boston Medical and Surgical Journal, vol. CLIV, 1906, p. 157).
- HARTMANN (H.). — Gynécologie opératoire. Paris, 1911. Inversion utérine, p. 422, 204, 213, 379, 251 et 189.
- HAULTAIN (N.). — The Treatment of chronic Uterine Inversion by Abdominal Hysterotomy with a succesful case (the British Medical Journal, vol. II, 1901, p. 974).
- Abdominal Hysterotomie for chronic Uterine Inversion. A Record of 3 cases (Proceedings of the Royal Society of Medicine, July, 1908, p. 279).
- HEINRICIUS (G.). — Über die Kolpohysterotomia posterior bei Inversio uteri (Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe und Gynækologie, 2^e année, 1910, p. 67).
- HENKEL. — Fall von Inversion des einen Hornes eines Uterus bicornis unicollis (Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynækologie zu Berlin, 14 avril 1905, in Zentralblatt für Gynækologie, n° 24, 1905, p. 751).
- HENROTAY. — Über einen Fall von nicht zu reponirender Inversio uteri. Hysterectomia vaginalis Heilung (Zentralblatt für Gynækologie, n° 1, 1897, p. 21).

- VON HERFF (O.). — Operative Reinversio nach Kehrer einer Inversio uteri inveterata (Zentralblatt für Gynäkologie, n° 16, 1907, p. 425).
- HIRST (B. C.). — A New operation for persistent inversion of the Uterus (the American Journal of Obstetrics, vol. XLI, 1900, p. 9).
- HOUL (A. L.). — Zur Behandlung der Inversion uteri mittels Kolpeurynters (Deutsch. Medizinische Wochenschrift, n° 1, 1896, p. 8).
- HUE (F.). — Inversion utérine chronique (Normandie médicale, n° 14, juillet 1903, p. 313).
- VON JAWORSKI (J.). — Der Gebrauch des galvanischen Stromes mit Kolpeuryse als Behandlungsmethode der chronischen Inversionen des Gebärmutter (Zentralblatt für Gynäkologie, n° 51, 1904, p. 1575).
- VON JORDAN, cité par SWITALSKI. — Zur Kasuistik der totalen Inversion des Uterus nach einem Abortus (Zentralblatt für Gynäkologie, 1898, vol. XXII, p. 65).
- JOSEPHSON (C. D.). — On inversio uteri (Hygiea, 1896, p. 55. — Zentralblatt für Gynäkologie, n° 19, 1897, p. 560, cité par Fresson).
- Zur Behandlung der Inversio uteri inveterata (Zentralblatt für Gynäkologie, n° 25, 1907, p. 759).
- KARCZEWSKI UND KORONKIEWICZ. — Über die conservative Behandlung der chronischen puerperalen Uterusinversion (Zentralblatt für Gynäkologie, 1905, p. 1016).
- KEHRER (F. A.). — Zur konservativ-operativen Behandlung der Inversio uteri (Beiträge des Geburtshilfe und Gynäkologie, vol. 4, 1898, p. 100).
- KEILMANN (A.). — Zwei weitere Fälle von Graviddität nach Küstner'scher Inversionsoperation (Zentralblatt für Gynäkologie, n° 13, 1907, p. 359).
- KONIEZNY (K.). — Über die Operation der Inversio Uteri nach methode Küstner (Inaugural. — Dissertation mediz. Fakultät. Breslau, 1907).
- KÜSTNER (O.). — Methode konservirender Behandlung der

- inveterirten Inversio uteri puerperalis (Zentralblatt für Gynäkologie, n° 41, 1893, p. 945).
- Die blutige Reinversion des Uterus durch Spaltung der hinteren Wand nach Eröffnung des hinteren Douglas (Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie, vol. V, 1901, p. 339).
 - Veit's Handbuch der Gynäkologie, II^e Auflage, p. 399.
- LEGG (T. P.). — A case of spontaneous complete inversion of the uterus (Lancet, 9 May 1903, p. 1303).
- LEGUEU (F.). — Hystérectomie vaginale pour inversion utérine irréductible (Bulletin de la Société anatomoclinique de Paris, juin 1894, p. ; report, par Brasseur, thèse de Paris, n° 447, 1895, p. 84).
- LEMAIRE (M.). — Inversion utérine datant de onze mois. Colpo-hystérotomie postérieure. Retournement impraticable. Hystérectomie vaginale. Guérison. Communic. à la Société d'Obstétrique de Paris, 16 nov. 1911 (Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris 1911, t. XIV, p. 470).
- LIEVEN (F.). — Zur Inversio uteri puerperalis (Der Frauenarzt. Leipzig, 26^e année, 1911 p. 530).
- LOIACONO. — Zur Inversio uteri puerperalis bei nephritis chronica (Archiv für Gynäkologie, vol. XCIII, 1911, Berlin, p. 343).
- MAAG. — Inversio uteri (Hospitalstidende, 1903, p. 785).
- MACLEAN (E. J.). — A Case of Inversion of the Uterus of puerperal origin (The Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire, vol. IX, 1906, p. 286).
- MALINS (E.). — Case of Inversion of the Uterus, Attempted Reduction by Abdominal Section ; subsequent Ablation of the Uterus by Elastic ligature, Recovery (Lancet, oct. 31, 1885, 2^e sem., p. 801, cité par Peterson).
- MCINTOSH (T. M.). — Complete inversion of the Uterus Treatment by Abdominal Section (Medical Records. New-York, vol. 44, 1893, p. 175).

- MORRIS (R. T.). — Reduction of an Inverted Uterus by Incising the Constricting Ring, Intra-abdominally (Lectures on Appendicitis, 1895, p. 155, cité par Peterson).
- MULZER (P.). — Zur Kasuistik der Inversio uteri puerperalis inveterata (Medizinische Klinik Wochenschrift für praktische Aerzte, n° 2, 1907, p. 39).
- MUNDÉ (P. F.). — Laparotomy for reduction of an inverted Uterus (The American Journal of Obstetrics, vol. XXI, 1888, p. 1279).
- Thomas' Method of reducing an inverted Uterus (abdominal section and Glovestretcher) (The American Journal of Obstetrics, vol. XLI, 1900, p. 206).
- VON NEUGEBAUER. — Kolpeurynteroder Messer? Ein Fall von Uterusinversion puerperalen Ursprunges (Zentralblatt für Gynækologie, n° 47, 1906, p. 1297. — Medycyna, n°s 47 et 48, 1906).
- NETZEL (W.). — Küstner's Operation für Uterusinversion (Hygiea, 1896, p. 451, cité par HEINRICIUS, G, in Über die Kolpohysterotomia posterior bei inversio uteri Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe und Gynækologie, 2^e année, 1910, p. 67).
- NUNEZ (E.). — Un caso de inversión uterina. Reducción por laparotomia y sección posterior del anillo de inversión (Revista de Medicina y Cirurgia de la Habana, n° 12, juin 1903, p. 277).
- OLIVER (Th.). — A case of chronic inversion of the Uterus of seven Month's duration successfully treated by Aveling's repositior (the Lancet, 12 janv. 1901, p. 93).
- OUI. — Intervention chirurgicale dans un cas d'inversion utérine datant de cinq mois (Comm. au XIII^e Congrès des Sciences Médicales. Paris, 1900. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, t. LIV, 1900, p. 121).
- Traitement de l'inversion utérine (inversion ancienne d'origine puerpérale ; inversion polypeuse) Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie.

- Nantes, 1901. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, t. LVI, 1901, p. 365 et 385).
- PAPA (A.). — Conservative keselt, gzógyult inversio uteri esete (Orvosok Lapja, n° 24, 1908. Résumé in Zentralblatt für Gynækologie, n° 43, 1909, p. 1517).
- PARSLOW (C. E.). — An account of a case of complete inversion of the Uterus of three years duration (The British Medical Journal, 1900, p. 734).
- PERLIS (W.). — Zur Therapie der chronischen totalen Uterusinverson (Zentralblatt für Gynækologie, n° 9, 1898, p. 235).
- PETERSON (R.). — Incision of the anterior uterine Wall (Anterior Colpohysterotomy) as a treatment of chronic Inversion of the Uterus (Surgery, Gynecology and Obstetrics, vol. V, n° 2, August, 1907, p. 196).
- PICCOLI (G.). — Nuovo processo conservatore per la cura della inversione cronica dell' utero (Colpo-isterotomia posteriore) (Archivio di Ostetricia e Ginecologia, anno V, 1898. Napoli, p. 136).
- Proposta di un nuovo processo per la cura conservatrice nella inversione cronica dell' utero puerperale (Atti del XI° Congresso Medico internazionale. Roma, 22 Marzo, 5 aprile 1894, vol. V, p. 236).
 - Per la prioritá del processo di colpo-isterotomia posteriore, nella cura della inversione cronica dell' utero (Archivio di Ostetricia e Ginecologia. Napoli, anno V, 1898, p. 478).
- PINARD (A.). — Inversion utérine irréductible d'origine puerpuérale. Hystérectomie extra-vaginale. Guérison (Soc. d'Obst. de Gynéc. et de Pædiâtrie de Paris, 13 mai 1901. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, t. LVI, 1901, p. 241).
- Inversion utérine. Réduction à l'aide du ballon de Champetier de Ribes. Guérison (Société d'Obst., de Gynéc. et de Pædiâtrie de Paris, 13 mai 1901. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, t. LVI, 1901, p. 244).

- Académie de Médecine, séance du 3 avril 1906.
Rapport sur un travail du Dr Mantel, intitulé un cinquième cas d'inversion utérine traité, avec succès, par l'application du ballon de Champetier de Ribes gonflé avec de l'air (Bulletin de l'Académie de Médecine, t. LV, 1906, p. 485).
- POLOSSON. — Inversion utérine datant de cinq mois. Report par Louis WIESS, thèse de Lyon, 1911, n° 87, p. 28.
- POZZI (S.). — Traité de Gynécologie clinique et opératoire, IV^e édition. Paris, 1905, p. 740.
- PRIOR (S.). — Inversio uteri chronica (Gynækol. og obstetr. Meddel. Bd X. — Zentralblatt für Gynækologie, n° 28, 1893, p. 663).
- PRUNTSI, cité par WALLGREN (Archiv für Gynækologie, vol. LXIII, 1901, p. 637).
- PRÜSSMANN. — Un cas rare d'inversion utérine après un avortement (Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynækologie zu Berlin, 10 novembre 1905. — Zentralblatt für Gynækologie, n° 2, 1906, p. 59).
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Article : Inversion de l'utérus (Précis d'Obstétrique, 5^e éd., 1900, p. 529).
- REEB. — Inversio uteri puerperalis. Unterelsässischer Aerzteverein in Strassbourg, 24 févr. 1906 (Deutsche Medizinische Wochenschrift, juin 1906, p. 941).
- REID (A. Y.). — Complete Inversion of the Uterus reduced by systematic tamponnement of the vagina (The New-York Medical Journal, vol. LIV, 1891, p. 263).
- RICOU (J.). — Essai sur les indications actuelles de l'hystérectomie vaginale. Thèse de Paris, 1905, n° 179, p. 32.
- ROBB. — Abstract of Küstner's treatment of Inversion of puerperal Uterus (Bulletin of the John Hopkins Hospital, n° 37, 1894, p. 19, in Frommel's Jahresbericht, 1894, p. 97).
- RÖMHOLM, cité par HEINRICIUS (G.). — Über die Kolpo-hysterotomia posterior bei Inversio uteri (Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe und Gynækologie, 2^e année, 1910, p. 68).

- SALIN, cité par JOSEPHSON (C. D.). — *Über Inversio uteri* (Hylgiea, 1896, n° 7. — Zentralblatt für Gynækologie, n° 19, 1897, p. 560).
- *Zur Behandlung der Inversio uteri inveterata* (Zentralblatt für Gynækologie, n° 25, 1907, p. 759).
- SAVA (E.). — *Un caso d'inversione cronica dell'utero operato col processo Piccoli* (Archivio di Ostetricia e Ginecologia Napoli, anno IV, 1897, p. 537).
- SCHAUTA (J.). — *Die Ätiologie der Inversio uteri* (Wiener Klinische Wochenschrift, 1903, p. 812).
- SCHMALFUSS (G.). — *Inversio totalis uteri puerperalis. Drohende Gangræne, Heilung nach Laparotomie* (Zentralblatt für Gynäkologie, 1886, p. 744).
- SCHOCKAERT. — *Cas d'inversion utérine irréductible guérie par l'opération de Küstner-Duret* (Bulletin de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique, t. XX, 1909, p. 29).
- SCHULZE-VELLINGHAUSEN (A.). — *Beitrag zur conservativ-operativen Behandlung der veralteten Inversio uteri puerperalis* (Deutsche Medizinische Wochenschrift, n° 9, 1903, p. 152).
- SEALY (E.). — *Inversion of the Uterus of two Years and four mont's duration cured by posterior colpotomy and posterior Section of the Uterus* (The American Journal of Obstetrics, vol. LX, n° 2, 1909, p. 284).
- SKENE (W. H.). — *Chronic inversion of the Uterus. Thomas operation. Recovery.* (The Brooklyn Medical Journal, vol. IX, 1895, p. 686).
- SPINELLI (G. P.). — *Cure chirurgicale conservatrice de l'inversion chronique de la matrice* (Communication au XIII^e Congrès international des Sciences médicales. Paris, 1900. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, t. LIV, 1900, p. 195).
- *Della inversione uterina* (Lezione Clinica. — Rivista di Ginecologia contemporanea, 1897, pp. 1, 17, 33 et 49).

- STEELE (D. A. K.). — Report of a case of an Inversion of the Uterus following Delivery; with Gangrene; Operation-Hysterectomy; Death from septicæmia, Autopsy (Chicago Surgical Society, 8 January, 1908. — *Surgery Gynecology and Obstetrics*, vol. VI, 1908, p. 322).
- STRUTHERS (J. W.). — Notes of a case of chronic Inversion of the Uterus replaced by manipulation after posterior colpotomy had been performed (*The Scottish Medical and Surgical Journal*, vol. V, 1899, p. 153).
- SUFIRIN (S.). — Un cas de inversiune uterina completa post-partum (*Spitalul*, n^{os} 23 et 24 décembre 1905, p. 667).
- SWITALSKI (L.). — Zur Kasuistik der totalen Inversion des Uterus nach einem Abortus (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 1898, p. 65).
- SZTEYNER. — Inversion utérine datant depuis un an (*Przegląd Chirurgiczny i Ginekologiczny* (Varsovie), t. V, fasc. II, 1911, p. 243. Société gynécologique de Varsovie, séance du 24 février 1911).
- TASTE (L.). — De l'inversion utérine (indications et traitement). Thèse de Lyon, n^o 68, 1897.
- TATE (W.). — Complete Inversion of the Uterus following Delivery; Saproemia; Vaginal Hysterectomy (*The Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire*, vol. XI, 1907, p. 248).
- THOMAS (T. G.). — The History of four Cases of chronic Inversion of the Uterus, with the Account of an Operation, Designed as a Substitute for Amputation (*the American Journal of Obstetrics*, 1869-1870, p. 423, et *the Diseases of Women*, 1880, p. 469, cité par P. DENUCE, in *Traité clinique de l'inversion utérine*. Paris, 1883, p. 336).
- THOMSON (H.). — Zur operativen Behandlung der chronischen puerperalen Uterusinversion (*Zentralblatt für Gynäkologie*, n^o 49, 1904, p. 1513).
- THORN (W.). — Zur operativen Heilung der Inversio uteri nebst einigen Bemerkungen, zu ihrer Ätiologie und

- forensischer Bedeutung (Münchener Medizinische Wochenschrift, 1900, n° 25, p. 856).
- Zur Inversio uteri (Sammlung Klinischer Vorträge. Leipzig, 1911).
- TOWNLEY (P.L.). — A note a case of complete inversion of the Uterus (Lancet, 16 déc. 1905, p. 1771).
- TRAUGOT (W.). — Ueber die Ätiologie der totalen Uterus inversionen infolge von Tumoren (Inaugural dissertation Mediz. Fakultät Freiburg, 1906).
- TSCHUDI. — Inversio uteri puerperalis totalis (Correspondenz-Blatt für Schweizerische Aerzte, vol. XLI, 1911, p. 406).
- VAUTRIN (M.). — Inversion utérine d'origine müllérienne chez un enfant (Communication à la réunion obstétricale et gynécologique de Nancy, 15 mai 1912. — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, n° 2, mai 1912, p. 556).
- VIGNARD (E.). — Inversion utérine puerpérale ancienne. Réduction après laparotomie et hystérotomie postérieure. Guérison (Archives Provinciales de Chirurgie, t. XI, décembre 1902, p. 730).
- VILLARD. — Inversion utérine. Hystérectomie (Société des Sciences médicales de Lyon, 14 février 1900. — Lyon médical, t. XCIII, 1900, p. 409).
- WALLGREN (A.). — Zur Kenntnis der Inversio uteri (Archiv für Gynäkologie, vol. LXIII, 1901, p. 606).
- WANNER (R.). — Ueber Inversio uteri totalis (Zentralblatt für Gynäkologie, n° 52, 1904, p. 1603).
- WEISS (M.). — Colpo-hystérotomie postérieure dans le traitement de l'inversion utérine chronique d'origine puerpérale (Comm. à la réunion obstétricale et gynécol. de Nancy, 6 mars 1912. — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, n° 3, mars 1912, p. 272).
- WESTERMARK. — Ein Fall von Uterusinversion nach einer neuen Methode operiert (Zentralblatt für Gynäkologie, n° 4, 1899, p. 106).

WIESS (L.). — Traitement conservateur dans l'inversion utérine puerpérale (colpo-hystérotomie postérieure). Thèse de Lyon, 1911.

WILLIAMS. — Inversion of Uterus The John Hopkins Hospital Bulletin, vol. XVI, 1905, p. 386.

Lib. Méd. et Scient., A. LEGRAND, 36, rue Serpente, Paris — 1974-13
